

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

200

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

PAUL CANOUE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Paris.

ÉTUDE CRITIQUE

DES

Méthodes de Traitement

DES

vomissements graves de la gestation

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1923

50

200

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

50

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

PAUL CANOUE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'obstétrique à la Faculté de Médecine de Paris.

ÉTUDE CRITIQUE

DES

Méthodes de Traitement

DES

vomissements graves de la gestation

Président de thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

P A R I S

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique

MM.
 NICOLAS.
 CUNÉO.
 RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 N...
 LECÈNE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD.
 BALTHAZARD.
 MÉNÉTRIÉR.
 ROGER.
 ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.

CLAUDE.
 JEANSELME.
 P. MARIE.
 TEISSIER.
 DELBET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 DE LAPERSONNE.
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 FAURE.
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI.
 ALGLAVE.
 BASSET.
 BAUDOUIN.
 BLANCHETIÈRE
 BRANCA.
 CAMUS.
 CHAMPY.
 CHEVASSU.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRÉ.

DESMAREST.
 DUVOIR.
 FIESSINGER.
 GARNIER.
 GOUGEROT.
 GRÉGOIRE.
 GUENIOT.
 GUILLAIN.
 HEITZ-BOYER.
 JOYEUX.
 LABBÉ (H.).
 LAINÉL-LAVASTINE.
 LANGLOIS.

LARDENNOIS.
 LE LORIER.
 LEMIERRE.
 LEQUEUX.
 JÉRÉBOULLET.
 LERI.
 LEVY-SOLAL.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MOCOQUOT.
 MULON.
 OKINCZYC.
 PHILIBERT.

RATHERY.
 RETTERER.
 RIBIERRE.
 ROUSSY.
 ROUVIÈRE.
 SCHWARTZ.
 STROHL.
 TANON.
 TERRIEN.
 TIFFENEAU.
 VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A MON PERE ET A MA MERE

A MES SCEURS

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Hommage de mon respectueux dévouement
et de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

1913-1914. M. le Professeur RECLUS (*in memoriam*).

1919. M. le Professeur VAQUEZ.

1919-1920. M. le Docteur CLAISSE.

1920. M. le Professeur CUNÉO.

1920-1921. M. le Docteur GRENET.

1921. M. le Docteur CÉTINGER.

1922. M. le Professeur COUVÉLAIRE.

1922. M. le Docteur RICHARDIÈRE.

1922-1923. M. le Docteur TIXIER.

MM. les Docteurs POUPARDIN, JOLTRAIN, CLEIZ, MORIS-
SON-LACOMBE.

MM. les Docteurs POWILEWICZ, PORTES et CHAMPEAU.

Dont les conseils me furent très précieux.

A TOUS MES AMIS DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre l'étude critique des méthodes de traitement des vomissements graves de la gestation, il faut bien distinguer ces vomissements gravidiques de ceux qui peuvent survenir au cours d'une gestation, et sont indépendants de l'état de gravidité, reconnaissant pour cause un état pathologique bien déterminé : appendicite chronique, affections gastriques, tabes, par exemple. Ces vomissements, en effet, s'accompagnent des signes propres à chacune des affections qui les a déterminés, et la thérapeutique est dictée par les notions étiologiques. Seuls, nous intéressent ici les vomissements graves sous condition de gestation, qui se produisent le plus souvent chez des femmes indemnes de tout passé pathologique appréciable.

Les vomissements, au début, ont le type de vomissements simples, mais plus ou moins rapidement, suivant les cas, ils s'intensifient au point d'entraîner des modifications graves de l'état général. L'intolérance gastrique devient progressivement absolue, les ma-

tières vomies sont soit des aliments, soit des mucosités, soit de la bile. La femme maigrit rapidement, ses traits sont tirés, sa peau sèche, indiquant un état prononcé de déshydratation. Quelques fois l'état se complique d'une sialorrhée abondante qui augmente encore la déshydratation. On peut voir apparaître du subictère, des pigments biliaires dans les urines qui deviennent de plus en plus rares. Plus ou moins rapidement le pouls s'accélère en même temps qu'il devient très instable et qu'il diminue d'amplitude. La femme est le plus souvent dans un état d'adynamie extrême contrastant avec une excitation mentale plus ou moins marquée. Des troubles psychiques peuvent même apparaître à ce stade, de même que des troubles nerveux périphériques surtout marqués par des paralysies par polynévrite. Finalement la femme tombe progressivement dans le coma et meurt. Quelque temps avant la période terminale, on note souvent un arrêt des vomissements.

Telle est l'évolution clinique des vomissements graves abandonnés à eux-mêmes. Fort heureusement, il n'en est pas toujours ainsi : dans certains cas, sous l'influence d'un traitement bien conduit, ou d'événements imprévus les vomissements peuvent cesser et la guérison survenir. La sédation des phénomènes morbides peut également coïncider avec un arrêt spontané du développement de l'œuf.

Mais il est des cas où aucun traitement n'a amené d'amélioration et où la seule ressource pour sauver la femme réside dans l'avortement provoqué. Après l'in-

terruption de la gestation, en effet, les vomissements cessent et la guérison survient au bout de quelques jours, à moins que l'intervention n'ait été trop tardive, auquel cas les troubles pourront subsister et même dans certains cas la mort survenir.

L'évolution clinique nous montre nettement que ces vomissements sont la manifestation d'un état pathologique conditionné par le développement de l'œuf dans l'organisme maternel. Il n'est donc pas question là d'une affection gastrique, ce qui nous permettra de faire immédiatement justice de tous les traitements médicamenteux ou chirurgicaux qui ont été essayés dans le but de faire disparaître l'intolérance gastrique.

La Potion de Rivière, la belladone, les pansements gastriques bismuthés, etc. ont été essayés sans résultats constants, les cas qui ont guéri sont ceux qui auraient guéri spontanément.

La jéjunostomie a été tentée dans un cas, mais par la suite on fut obligé d'interrompre la gestation, mais trop tardivement et la femme mourut quand même.

C'est à la cause que l'on doit remonter pour instituer un traitement rationnel. Mais comment le développement de l'œuf entraîne-t-il ces perturbations ?

C'est là une question qui n'est pas encore élucidée à l'heure actuelle. Les théories pathogéniques qui ont été émises sont nombreuses, nous ne nous proposons pas dans ce travail de faire une étude pathogénique, nous serons cependant amenés à rappeler certaines hypothèses sur lesquelles sont basées certains traitements.

A l'heure actuelle, l'origine toxique des vomissements de la gestation paraît être admise par la majorité, seule la nature de cette intoxication est controversée. Les vomissements simples seraient le cri d'alarme de l'organisme qui commence à être intoxiqué, comme le dit le Prof^r Pinard. Si l'organisme triomphe de cette intoxication tout rentre dans l'ordre, sinon les signes de l'intoxication s'accroissent et nous entrons dans la phase des vomissements graves.

D'autre part, l'intoxication qui a fait naître le premier symptôme, le vomissement, peut s'effacer devant un élément névropathique prépondérant qui créera alors un état grave par suite de la persistance des vomissements, qui peut entraîner en dehors de tout état toxique un état d'inanition quelquefois considérable. Dans certains cas, enfin, les deux éléments peuvent se combiner.

Étude critique des Traitements

1. — Traitement basé sur l'hypothèse d'une toxémie

Voyons donc quels sont les traitements qui ont été basés sur cette notion de l'origine toxique des vomissements gravidiques.

RÉGIME ANTITOXIQUE

Les vomissements simples étant susceptibles de devenir graves on peut se demander si dès qu'ils apparaissent il n'y a pas lieu d'instituer un traitement en quelque sorte prophylactique. Le régime lacté essayé par le Prof^r Pinard n'a pas toujours donné les résultats qu'il donne dans l'albuminurie de la gestation comme traitement prophylactique des accidents éclamptiques.

D'ailleurs, rien ne peut faire prévoir que des vomissements simples deviendront graves. Mais si, néanmoins, les vomissements prennent une certaine importance, nous pensons, avec le Prof^r Pinard, qu'il y a lieu sinon d'instituer un régime sévère lacté absolu, qui n'est pas toujours bien supporté, du moins de mettre

la femme à un régime hypotoxique lacto-végétarien par exemple.

L'idée de l'auto-intoxication a entraîné le traitement suivant :

1° Diminution de l'apport toxique venu de l'extérieur;

2° Elimination au maximum des substances toxiques produites par l'organisme.

RÉGIME ALIMENTAIRE

La diminution de l'apport toxique est réalisée par le régime alimentaire qui, suivant les cas, peut être simplement lacto-végétarien, lacté absolu ou même aboutir dans certains cas à la diète hydrique. Ce régime alimentaire sévère s'impose du fait même de l'intolérance gastrique absolue. Certains auteurs ont bien étudié cette question du régime, et le Prof^r Pinard propose d'alimenter les femmes de la façon suivante : une garde présente, à des intervalles réguliers, des doses fractionnées de lait, d'autant plus fréquemment que les doses tolérées sont plus petites. Quelques fois, par cette méthode, les vomissements cessent, quelques fois ils persistent et on institue la diète hydrique, de préférence eau minérale ayant une certaine sapidité pour éviter le dégoût. Si la diète hydrique est bien tolérée, au bout de quatre à cinq jours on passe de l'eau au lait en donnant d'abord de l'eau légèrement teintée de lait, puis on augmente progressivement jusqu'à donner moitié eau, moitié lait. La diète hydrique

elle-même n'est pas supportée, on institue alors la diète absolue pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis on reprend la diète absolue.

Certaines malades, ne tolérant pas le lait, toléraient le bouillon de légume.

Ce régime, qui rend des services indiscutables dans le traitement des vomissements graves, ne peut suffire à lui seul à amener la guérison, car l'organisme est intoxiqué non seulement par des poisons venus de l'extérieur, mais par des poisons élaborés dans l'organisme lui-même, soit que les produits de désassimilation s'accumulent par suite d'une élimination insuffisante, soit que certains organes neutralisant habituellement ces poisons soient insuffisants.

PURGATION

Certains auteurs, en effet, ont considéré ces malades comme des stercorémiques et ont associé au régime hypotoxique la purgation; certains même ont employé une méthode à laquelle on a donné le nom de superpurgation.

Tous les purgatifs ont été employés, certains recommandent les purgatifs huileux, d'autres les drastiques et surtout l'eau-de-vie allemande.

Les partisans de la superpurgation, et parmi eux Bonnaire qui a appliqué systématiquement cette méthode, emploient les purgatifs salins. Ils donnent de l'eau de Sedlitz à dose fractionnée, la femme en vomit une partie, ils en redonnent plusieurs fois dans les

vingt-quatre heures jusqu'à concurrence de plusieurs bouteilles de six cents grammes dans les deux à trois premiers jours. Ils arrivent ainsi à faire passer dans le tube digestif une quantité suffisante d'eau purgative pour entraîner l'évacuation. Simultanément, ils donnent de grandes entéroclyses tièdes de un litre plusieurs fois par jour, la malade en position déclive, le siège élevé; à ces entéroclyses on peut ajouter un peu d'eau oxygénée neutralisée par une quantité égale d'eau de chaux, pour désodoriser les egesta.

Metthey, dans sa thèse, publie 11 cas où la méthode de la superpurgation fut appliquée, dans six cas on fut obligé de recourir à l'avortement thérapeutique, dans 5 cas la guérison se produisit et les femmes accouchèrent à terme. Mais ces femmes présentaient des signes de nervosisme marqués.

Cette méthode, qui est encore employée à l'heure actuelle, peut rendre des services, mais elle nous paraît cependant peu recommandable pour les raisons suivantes :

L'estomac est intolérant, et il nous paraît irrationnel de lui imposer l'ingestion du contenu de plusieurs bouteilles d'eau de Sedlitz. D'autre part, la purgation intensive déshydrate l'organisme, et la déshydratation est déjà grande dans les cas de vomissements graves. En outre, la purgation est débilitante et ces malades sont déjà très fatiguées.

C'est pourquoi beaucoup de médecins ont préféré assurer l'évacuation intestinale par des lavements purgatifs. Au début du traitement, on donne un lave-

ment purgatif et les jours suivants on donne des lavements simples pour entretenir l'état de liberté intestinale. De cette façon, on fatigue beaucoup moins les malades et on n'ajoute pas une cause de déshydratation à celle qui existe déjà du fait de leurs vomissements incessants.

Le régime hypotoxique et l'évacuation de l'intestin qui sont reconnus indispensables à la base du traitement des vomissements graves, ne sont pas, à proprement parler, des procédés curateurs, ce sont des adjuvants, ils entrent dans l'hygiène générale des intoxiqués, ils constituent, si l'on peut s'exprimer ainsi, le traitement hygiénique des vomissements graves.

LAVAGE DU SANG

Certains auteurs, toujours en se basant sur la notion de l'intoxication générale de l'organisme maternel, ont cherché à débarrasser cet organisme des toxines en réalisant le lavage du sang par des injections de sérum physiologique.

Condamin, dans une communication faite à la Société des Sciences médicales de Lyon en 1902, proposait le traitement suivant :

1° Repos absolu de l'estomac, suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendant huit à dix jours.

2° Injections quotidiennes, par la voie rectale de préférence de deux à trois litres de sérum artificiel; s'il se produit de l'intolérance rectale, ajouter quel-

ques gouttes de laudanum aux lavements, ou avoir recours à la voie hypodermique.

3° Au bout de dix à douze jours, permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant pendant quelques jours encore le lavage du sang.

Dans sept cas, l'auteur a eu des résultats favorables.

Il a cependant connaissance d'un cas où les lavements de sérum n'étaient pas tolérés, où les injections sous-cutanées furent appliquées tardivement, ainsi que l'avortement provoqué, et où la femme succomba.

L'auteur insiste sur le fait que les injections sous-cutanées, pouvant être moins souvent répétées, réalisent moins bien le lavage du sang que les lavements.

D'autres auteurs recommandent surtout le sérum glucosé, en raison du syndrome urinaire que l'on rencontre au cours des vomissements graves. MM. André Weil et Laudat ont noté l'analogie de ce syndrome urinaire avec celui de certains diabétiques acidotiques, et ils rapportent les résultats favorables obtenus en ajoutant aux moyens thérapeutiques habituels l'administration par voie rectale de sérum glucosé à 50 pour 1.000. Ils reconnaissent que la privation des hydrates de carbone ne joue aucun rôle dans la pathogénie des vomissements graves, mais ils se demandent si le jeûne hydrocarboné qui résulte de ces vomissements n'entre pas pour une part dans la persistance de l'acidose, de l'état nauséux et des vomissements. Quoiqu'il en soit de cette hypothèse, les auteurs remarquent que la déduction thérapeutique qui en résulte, a été suivie de la

cessation des vomissements, de la reprise de l'alimentation et du cours normal de la gestation.

En tout cas, il est certain que l'emploi du sérum salé ou glucosé a une action favorable dans le traitement des vomissements graves de la gestation. Il permet, d'une part, de mettre l'estomac au repos complet, d'autre part, il est nettement indiqué par l'état de déshydratation de l'organisme qui ne peut être réhydraté que par la voie sous-cutanée, intraveineuse ou rectale, étant donné l'intolérance gastrique absolue. Il soutient l'état général, remonte la tension artérielle et par suite augmente d'une façon très sensible la diurèse et l'élimination des produits toxiques, il réalise donc le lavage du sang et de ce fait il complète le traitement antitoxique.

Le sérum glucosé, par suite des suggestions qui nous sont fournies par le syndrome urinaire, nous paraît plus indiqué que le sérum salé, puisqu'en même temps qu'il réhydrate l'organisme, et qu'il augmente la diurèse, il lutte contre le jeûne hydrocarboné et de ce fait contre l'acidose. C'est lui que M. Couvelaire prescrit actuellement.

La voie rectale nous paraît préférable à la voie hypodermique, cette dernière étant douloureuse et ne permettant d'injecter que des quantités assez limitées de sérum. Le goutte à goutte rectal nous paraît également préférable aux grands lavements que proposait Condamin, ces derniers étant susceptibles de déterminer de l'intolérance que ne détermine jamais le goutte à goutte rectal.

Quant à la voie intraveineuse, elle ne nous paraît nullement indiquée.

ENTRAÎNEMENT RESPIRATOIRE SPIROSCOPIQUE

En dehors de ces moyens pour lutter contre l'intoxication, il faut signaler l'emploi des inhalations d'oxygène, qui ont été préconisées par le Prof^r Pinard, et une méthode récemment exposée dans la thèse de Cabart-Danneville : de l'entraînement respiratoire spirosopique dans les vomissements graves incoercibles de la grossesse.

L'auteur constata que la capacité respiratoire des femmes enceintes atteintes de vomissements graves était inférieure à la normale et que, par l'entraînement spirosopique, on observait : la suppression des vomissements, l'augmentation du taux des urines, la suppression de la constipation, et une amélioration de l'état général. Sur cinq malades traitées, il eut cinq succès rapides. Il considéra alors que les bons effets de la rééducation respiratoire sont dûs à la désintoxication de l'organisme : crise de diurèse, augmentation du champ de l'hématose et par suite combustion plus complète des déchets de l'organisme. En outre, certaines substances sont éliminées par le poumon, il se pourrait qu'il en soit ainsi des substances toxiques causes des vomissements graves, L'acide diacétique en particulier s'élimine en partie par la voie pulmonaire. Enfin, l'auteur considère que, du fait de la dérivation

de l'attention, le traitement est en même temps, dans une certaine mesure, psychique.

Cette méthode ne paraît pas s'être généralisée et nous n'avons pas trouvé d'autres cas que ceux publiés par Cabart-Danneville. Il nous est donc difficile d'émettre une opinion à ce sujet. Nous avons cependant tenu à mentionner cet essai thérapeutique, car il ne présente aucun inconvénient à être mis en pratique et il peut être un adjuvant utile.

TRANSFUSION DU SANG

L'idée de la transfusion du sang a déjà été émise par Garnett qui, en 1918, publia un article dans « the american journal of obstetrics », où il disait que le seul traitement donnant satisfaction, était la transfusion du sang.

Dans une communication récente à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (1922), M. Jeannin rapporte le cas d'une femme présentant des vomissements graves qui persistèrent malgré l'avortement thérapeutique. La situation semblait désespérée lorsqu'en dernier ressort on décida de faire une transfusion du sang du mari, qui amena une véritable résurrection.

M. Potocki fait remarquer à ce sujet qu'il ne devait pas s'agir là de véritables vomissements gravidiques, mais d'un état d'intoxication comparable à ceux qu'on observe dans certains cas d'imanition prolongée.

Nous n'avons aucune expérience de cette méthode, les observations publiées sont rares. Nous croyons qu'il

faut se méfier, comme l'a fait remarquer M. Wallich, des réactions du sang du donneur sur le sujet à transfuser; ces réactions bien étudiées on sera en droit, dans les cas graves où le traitement bien conduit n'entraînera aucune amélioration, de pratiquer la transfusion du sang avant de décider l'interruption de la gestation.

Traitement basé sur l'hypothèse de la Villo-toxémie

SÉROTHÉRAPIE

A côté de ce traitement antitoxique général, il a été fait des essais de thérapeutique spécifique basée sur des hypothèses pathogéniques que nous exposerons brièvement.

Dans une première hypothèse, l'intoxication aurait pour point de départ l'œuf lui-même au début de son développement. L'œuf villeux jusqu'au moment où la placentation est achevée, pourrait être considéré comme un organe d'attaque. Il existerait d'ailleurs à cette époque, dans le sérum de la femme enceinte, un anticorps spécifique de la villosité choriale jeune, et cette réaction humorale antivilleuse est contemporaine de l'époque habituelle des vomissements. C'est en partant de cette hypothèse qu'on a tenté un traitement sérothérapique spécifique, consistant dans l'injection de sérum de femme enceinte saine. Les guérisons qui furent ainsi obtenues furent attribuées à l'action immunisante spécifique de ce sérum.

Par la suite, des résultats semblables furent obtenus par des injections de simple sérum humain, ou même de sérum de cheval. L'action spécifique du sérum fut alors mise en doute et on expliqua l'action des sérums par leurs propriétés antitoxiques générales.

La technique employée est la suivante : injections sous-cutanées de sérum, à la dose de 5 à 50 centimètres cubes. Une seule injection aurait suffi dans certains cas, d'autres fois elle aurait dû être renouvelée.

MM. Le Lorier, Fieux et Mauriac, Lepage ont rapporté des observations qui semblent assez démonstratives. Dantin, élève de Fieux, a fait sa thèse sur cette question, et publié un certain nombre d'observations. Il n'a jamais constaté d'accidents locaux ou généraux provoqués par les injections qui furent toujours indolores. Il constata une amélioration nette après la première injection, mais une seconde injection fut souvent nécessaire. Il publie 13 observations de vomissements graves de la gestation traités par des injections soit de sérum de femme enceinte, soit de sérum humain, soit de sérum de cheval. Dans 10 cas la guérison fut obtenue et la gestation se poursuivit. Dans deux cas, la sédation des phénomènes morbides coïncida avec une interruption spontanée de la gestation. Dans un cas, l'avortement dut être provoqué.

On peut se demander, à propos des deux cas où la gestation s'interrompt spontanément, si le sérum interrompt la gestation et si cette interruption a été la cause de la cessation des vomissements, ou si c'est une

coïncidence fortuite, le sérum n'ayant eu aucune action.

Il nous est difficile de juger la valeur de ce traitement, étant donné que nous ne l'avons jamais vu appliquer. Nous remarquerons cependant que les premiers essais ont été faits en 1911 et que, depuis, ce traitement ne s'est guère généralisé, ce qui tend à prouver que ses résultats ont du être bien inconstants.

Traitements basés sur l'hypothèse d'une toxémie par suite de troubles endocriniens

Dans une deuxième hypothèse, l'auto-intoxication a été considérée comme la conséquence de perturbation dans le fonctionnement de certaines glandes à sécrétion interne luttant normalement contre l'intoxication d'origine ovulaire. Trois glandes ont été incriminées : l'ovaire, le corps jaune, les capsules surrénales. De cette notion pathogénique est née l'idée des traitements opothérapiques.

OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

Le premier en date est celui par l'opothérapie ovarienne, avec Boissard et ses élèves. Les produits utilisés furent surtout l'ovarine et l'extrait glyciné, la première en cachets jusqu'à 1 gr. par 24 heures, le second en injections hypodermiques à la dose de 10 à 50 centigrammes par jour. Les résultats obtenus ne furent pas encourageants, et, à l'heure actuelle, on ne fait plus

guère d'opothérapie ovarienne dans les cas de vomissements graves de la gestation.

TRAITEMENT PAR L'EXTRAIT DE CORPS JAUNE

Du fait que le corps jaune se développe, vit, puis s'efface, à peu près en même que se montrent, durent et disparaissent d'habitude les troubles du début de la gestation et, en particulier, les vomissements, il était naturel de songer à un lien unissant la vie du corps jaune à l'existence des phénomènes toxiques des premiers mois de la gestation.

Le corps jaune a donc été considéré par certains comme un organe de défense contre l'intoxication d'origine ovulaire et par suite les vomissements graves de la gestation, comme la conséquence d'une insuffisance fonctionnelle du corps jaune gravidique, produite par une lésion plus ou moins importante de celui-ci.

Dès 1899, Lebreton avait présenté à la Société de biologie 4 cas d'auto-intoxication gravidique avec vomissements, dans lesquels il avait employé avec succès, par voie buccale, l'extrait de corps jaune.

Iscovesco isola du corps jaune de truie, un lipoïde expérimentalement considéré comme non toxique.

Hirst appliqua aux vomissements de la gestation, d'une façon systématique, le traitement par les lipoides du corps jaune, en injections intramusculaires, de la façon suivante : injection de 2 centigrammes d'extrait de corps jaune dans 1 centimètre cube de sérum phy-

siologique saturé de chlorétone en vue de l'effet anesthésique local. La dose de principe actif correspond à 15 centigrammes de corps jaune desséché.

Dans les formes légères (1 à 2 vomissements dans la matinée), il fait 5 à 6 injections, une tous les deux jours.

Dans les formes plus graves : injection quotidienne pendant 12 à 15 jours.

Dans les vomissements vraiment graves, injections 2 fois par jour de 1 centimètre cube de la solution.

L'auteur n'a jamais constaté d'abcès, quelquefois une légère réaction locale qui cédaît vite aux pansements humides.

Dans aucun cas il n'y a eu d'avortement. Il publie les résultats suivants :

En 1916 : 25 cas traités, 21 guérisons, soit un pourcentage de 84 %.

En 1919 : sur 111 cas traités	}	4 aggravations.
		65 guérisons;
		8 échecs;
		34 améliorations;

En somme, l'action fut favorable dans 89,2 % des cas.

En 1921, Hirst propose de remplacer les injections intramusculaires par des injections intraveineuses, pour les raisons suivantes :

Le médicament est plus rapidement absorbé. Il peut être employé à des doses plus considérables, en raison de l'absence de réaction locale.

Les injections intraveineuses auraient d'ailleurs ar-

rété les vomissements, là où les intramusculaires avaient échoué.

Il propose alors de faire, dans les cas très graves, jusqu'à deux injections intraveineuses de 2 centimètres cubes par jour.

L'auteur dit que les réactions anaphylactiques ne sont guère à craindre. Dans un cas cependant, il constata un léger choc et la femme avorta dans les 24 heures.

Lacourbas, dans sa thèse, a repris les résultats de Hirst et publie cinq observations. Deux cas où il existait des phénomènes d'intoxication profonde, dans l'un, le pouls dépassait 100, dans l'autre, il était peu rapide mais très instable; dans ces deux cas on envisagea la possibilité d'interrompre la gestation. Deux autres cas de gravité moyenne.

Dans ces quatre cas, le régime de désintoxication habituel fut institué et n'amena aucune amélioration, on institua alors le traitement par les extraits de corps jaune en injections hypodermiques, qui fut suivi de la cessation des vomissements. Les phénomènes toxiques ne s'amendèrent qu'au bout de six à huit jours.

Dans une observation de M. Devraigne, il y avait gros amaigrissement, état de faiblesse extrême, le pouls était à 120-130, état d'obnubilation prononcé, somnolence, subdélire. Le traitement lutéinique fut institué, au bout de cinq jours de traitement une légère rémission se produisit, les phénomènes toxiques diminuèrent. Le douzième jour, après vingt injections de

lipoïde, la femme garde les aliments glacés, elle peut par la suite conduire sa gestation jusqu'à terme.

De l'exposé de ces faits, Lacourbas conclut que les vomissements graves de la gestation sont vraisemblablement liés à une insuffisance fonctionnelle du corps jaune et, qu'en plus du traitement de désintoxication habituel, les lipoïdes du corps jaune en injections hypodermiques doivent être employées, et ceci sans danger et avec profit.

Pour notre part, nous n'avons jamais employé cette méthode de traitement, mais en reprenant les faits publiés par Hirst nous sommes amenés à faire les réflexions suivantes : Ils comprennent aussi bien les cas de vomissements simples que ceux de vomissements graves. Les vomissements simples cessant habituellement d'une façon spontanée, il est difficile de dire que les injections de lipoïdes du corps jaune sont pour quelque chose dans leur disparition. Quant aux échecs, ils paraissent être en rapport avec les cas de vomissements vraiment graves.

L'auteur rapporte quatre aggravations dans des cas de goîtres. Il y a donc, dans certains cas, un inconvénient à procéder à ces injections.

De même pour les injections intraveineuses, le choc anaphylactique peut être à craindre et il nous semble préférable, étant donné l'incertitude où nous sommes de l'action réellement efficace de ces lipoïdes, de ne pas utiliser la voie veineuse.

Les faits rapportés par Lacourbas nous semblent plus probants et notamment l'observation de M. De-

vraigne où le poulx était à 120-130. Mais il est des cas où l'état général est grave, et où l'emploi des traitements les plus extraordinaires a amené la guérison. Il se pourrait donc que le traitement lutéinique ait agi dans ce cas par suggestion.

Quoiqu'il en soit, nous ne nions pas d'une façon absolue l'action efficace des lipoides du corps jaune, mais les essais qui en ont été faits ne nous démontrent pas leur efficacité et par suite ne permettent pas d'établir d'une façon certaine que les vomissements graves de la gestation sont liés à une insuffisance fonctionnelle du corps jaune gravidique.

Ce qui nous semble devoir être retenu des faits exposés plus haut, c'est que, tout en instituant le traitement antitoxique habituel, on est en droit de tenter le traitement par les lipoides du corps jaune, mais qu'on doit s'en abstenir dans les cas de goîtres et ne jamais utiliser la voie veineuse.

OPOTHÉRAPIE SURRÉNALE. — ADRÉNALINE

Des auteurs italiens, et après eux MM. Sergent et Lian, tentèrent avec succès l'opothérapie surrénale dans le traitement des vomissements graves de la gestation. MM. Sergent et Lian avaient remarqué, en effet, que certains cas de vomissements gravidiques coexistaient avec des signes d'insuffisance surrénale et conclurent de ce fait que « l'insuffisance surrénale peut, « dans certains cas, avoir une part importante dans « l'étiologie des vomissements gravidiques graves. Ces

« derniers peuvent être parfois un symptôme d'insuffisance surrénale ».

Baudoin, dans sa thèse, reprend ces faits, cite les observations de MM. Sergent et Lian et pose les indications suivantes du traitement surrénal : quand les signes d'insuffisance surrénale sont très nets, ce traitement s'impose; s'ils sont douteux, il doit cependant être institué comme traitement « pierre de touche ». Il ajoute qu'il ne faut pas demander à ce traitement plus qu'il ne peut donner et ne pas faire de l'adrénaline une panacée universelle.

Il estime qu'un traitement surrénal institué dès le début, dès les premières constatations cliniques, peut permettre de prévenir les manifestations sérieuses des vomissements. A côté du traitement « pierre de touche » il y aurait place pour un traitement préventif.

Il préconise ensuite le mode suivant d'institution du traitement : l'emploi de l'extrait total semble mieux convenir à l'idée de l'insuffisance glandulaire. L'adrénaline ne représentant que ce qui correspond à la substance médullaire. Dans l'insuffisance surrénale, c'est surtout la corticale qui est en état de déchéance. Mais il est difficile d'administrer l'extrait surrénal qui se donne en cachets de 30 centigrammes, à raison de 2 à 3 par 24 heures. L'adrénaline est plus facilement employée. Il la préconise par la voie buccale, à la dose de V à X gouttes jusqu'à XXX gouttes dans les 24 heures, ou en injections sous-cutanées à la dose de 1/2 à 1 milligramme. Il recommande donc l'adrénaline, de préférence à l'extrait total, en raison de ses facilités

d'emploi et de la facilité plus grande à s'en procurer.

Tout récemment, M. Rathery, dans une communication à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, rapporte les résultats qu'il a obtenus par l'adrénaline prescrite de la façon suivante :

En ingestions : un à deux milligrammes.

En injections sous-cutanées : un milligramme dans 250 gr. de sérum physiologique.

En lavement : un milligramme dans du sérum physiologique.

La durée du traitement est de deux à sept jours. Les effets obtenus sont survenus avec une extrême rapidité, en 24 ou 48 heures. On note une transformation immédiate, encore quelques vomissements rares et peu abondants; jamais les vomissements n'ont réapparu après 48 heures. On ne note pas de modifications de la tension artérielle qui ne se produit qu'au bout de 7 à 8 jours. L'acidose disparaît au bout de 3 à 4 jours. En 4 à 5 jours, l'augmentation de poids fut de 6 à 8 kilos. Ces résultats sont durables. Chez une femme, suivie pendant toute sa gestation, des vomissements se sont reproduits, qui ont cédé aussitôt à l'adrénaline.

L'auteur ne pense pas qu'il s'agisse là d'une action psychothérapique; antérieurement on avait essayé des médications sans résultat et l'absorption d'adrénaline, à l'insu des malades, amena la cessation brusque des vomissements. Il pense que les vomissements graves de la gestation sont indépendants de l'insuffisance surrénale et que l'adrénaline agirait comme un médicament intervenant soit sur la musculature gastrique,

soit sur le métabolisme général, et il émet les conclusions suivantes :

1° L'adrénaline constitue un excellent médicament dans un certain nombre de cas de vomissements gravidiques graves.

2° Elle ne saurait être considérée comme devant toujours fournir des résultats favorables.

A la Clinique Baudelocque, on a employé l'adrénaline dans certains cas. Les résultats ont été très inconstants. L'emploi de l'adrénaline a, d'ailleurs, été ajouté au traitement habituel, de sorte qu'il est difficile de déterminer sa part dans les guérisons obtenues.

Quoiqu'il en soit de son mode d'action, son emploi nous paraît devoir être essayé, ne serait-ce qu'en raison de son action tonique.

Nous pensons en outre qu'il est préférable de la donner par la voie buccale en potion, ou associée au sérum en goutte à goutte rectal. Les injections sous-cutanées de sérum adrénaliné ayant déterminé, dans certains cas, des escharres sans qu'il soit permis de dire si ces dernières étaient dues au sérum lui-même, ou à la présence d'adrénaline dans ce dernier.

TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPIQUE

Certains auteurs, se basant sur l'évolution très particulière de certains cas de vomissements graves, et sur l'observation d'un état nerveux spécial chez certaines femmes présentant des vomissements graves de la gestation, ont conclu à l'origine névropathique de ces vomissements.

Il est des cas, en effet, excessivement curieux, où le seul fait de changer la femme de milieu, de lui affirmer qu'elle n'est pas enceinte ou d'instituer des traitements extraordinaires suffit à faire cesser les vomissements et à amener la guérison.

Nous ne voulons pas reprendre ici la discussion sur l'origine névropathique des vomissements graves. Nous croyons, en effet, que toujours au début le vomissement est d'origine toxique. Mais, nous sommes persuadés que, dans la grande majorité des vomissements graves, le vomissement devient habituel du fait d'un état névropathique, entraînant progressivement un état d'inanition de plus en plus marqué, de l'acidose susceptible d'augmenter encore les vomissements, et l'état général peut devenir très grave. Par

suite du défaut de résistance de l'organisme au jeûne et à la privation des aliments hydrocarbonés on peut voir survenir un état d'intoxication grave qui s'accroîtra au fur et à mesure que l'organisme se débilitera davantage. Il arrivera donc un moment où l'intoxication sera telle que la vie de la femme pourra être en danger.

L'élément névropathique n'est donc pas à négliger dans la question du traitement des vomissements graves. En même temps qu'on placera la femme dans les meilleures conditions au point de vue hygiénique, en assurant la cure de désintoxication, on devra lutter contre sa névropathie et pour cela les moyens sont très variés.

D'abord la suggestion : Le médecin pour avoir une action efficace devra supprimer toutes les influences extérieures qui pourraient contre-balancer la sienne, et ceci sera réalisé par l'isolement.

Une fois que le médecin aura capté la confiance de sa malade, il lui sera facile de la guérir, si toutefois l'élément nerveux est vraiment prédominant et si son intervention n'est pas trop tardive, des phénomènes d'intoxication grave, consécutifs à l'inanition prolongée, étant apparus.

Beloux, dans sa thèse, rapporte un certain nombre d'observations très intéressantes de vomissements nerveux qui ont été guéris par des traitements très variés, et bien que certaines de ces femmes fussent dans des états très graves.

Mais, en dehors de la suggestion qui rend de grands

services, on peut agir sur l'état psychique des femmes en le modifiant par des médicaments. Nous n'en citerons qu'un : le chloral.

Déjà prescrit dans le traitement des vomissements graves, par M. le Pr Pinard, par MM. Wallich et Le Lorier, le chloral a été utilisé récemment à haute dose et d'une façon systématique par J. Henrotay, d'Anvers, qui a pu ainsi, dans des cas de vomissements nerveux de la gestation, alimenter précocement des femmes dont l'intolérance gastrique était absolue et, par conséquent, a pu leur éviter les troubles graves consécutifs à l'inanition.

Il institue son traitement de la façon suivante : La femme est changée de milieu, isolée dans une clinique. Pendant les deux premières 24 heures toute alimentation est supprimée, il donne un lavement purgatif et fait un litre de sérum physiologique en injection sous-cutanée et deux injections de 2 milligrammes de strychnine.

Le troisième jour au matin, il donne un lavement évacuateur suivi, une demi-heure après, du lavement suivant :

Hydrate de chloral	6 gr.
Eau gommeuse	100 gr.

La malade, au bout d'une heure, est somnolente, dans un état de subconscience qui lui permet de boire et de répondre aux questions simples. Dès que cet état est établi, on lui présente à boire quelques gorgées de

lait glacé soit pur, soit coupé d'eau de Vichy, et la malade conserve alors une tasse de lait entière alors qu'auparavant elle ne tolérât plus une goutte d'eau.

L'alimentation est prudemment continuée pendant la période de sommeil chloralique, cessée dès l'avant-soirée pour toute la nuit. Même chose les jours suivants. On ajoute au lait, suivant la tolérance, des féculents, farines, biscottes, etc.; au bout de 4 à 5 jours, essai prudent d'alimentation sans chloral.

L'auteur n'a pas prolongé le traitement chloralique au delà de huit jours, puis il institua une réalimentation progressive.

Dans quatre cas, dont deux particulièrement graves, l'auteur eût trois succès complets, et un insuccès où la gestation s'interrompit spontanément.

Le chloral à haute dose est actuellement également prescrit à la Clinique Baudelocque d'une façon systématique. Nous avons eu des succès vraiment remarquables et également des insuccès, ces derniers paraissent dûs au fait que le traitement a été institué trop tardivement.

TRAITEMENT UTÉRIN

Le traitement utérin a été la conséquence de la théorie pathogénique faisant, des vomissements de la gestation, un trouble réflexe à point de départ utérin, par suite soit d'une lésion inflammatoire de l'utérus, soit d'une anomalie dans sa situation, soit de son hyperexcitabilité.

Ce qui a amené à soigner des métrites du col ou à badigeonner ce dernier avec des solutions cocaïnées ou belladonnées pour diminuer son hyperesthésie. Nous ne nous étendrons pas là-dessus; à l'heure actuelle, en effet, on considère que les vomissements de la gestation ne sont nullement provoqués par des lésions inflammatoires de l'utérus. Les déviations de l'utérus, par contre, sont encore considérées par certains comme pouvant déterminer le syndrome des vomissements graves.

Le Prof^r Herrgott, de Nancy, a repris la question en 1913, publiant un cas de vomissements graves, où la réduction d'une rétroversion et d'une rétroflexion de l'utérus gravide amena la cessation des vomissements. A cette occasion, il rapporte les travaux de Graily

Hewitt qui, en 1871 et 1885, écrivit que, sur 89 cas de vomissements graves, 19 fois on pouvait attribuer ce syndrome à la rétroversion de l'utérus gravide et que la réduction le faisait disparaître.

Le Prof^r Hergott reconnaissait lui-même que certains cas de vomissements étaient surtout causés par une situation anormale de l'utérus gravide et que, dans ces cas, les toxines de la gestation ne semblaient jouer qu'un rôle très limité, et il émettait les conclusions suivantes :

Toutes les fois qu'on est en présence d'un cas de vomissements graves, s'assurer de la situation de l'utérus; dans certains cas, la réduction en position normale pourra faire cesser les vomissements. Mais si les vomissements persistaient, malgré la réduction, ne pas attendre qu'il soit trop tard pour interrompre la gestation.

Nous ne savons pas quelles sont les idées actuelles du Prof^r Herrgott sur la question. Mais, pour notre part, nous pensons qu'il n'y a pas de relation de cause à effet entre les déviations utérines et les vomissements graves de la gestation, qu'il s'agit dans certains cas d'une simple coïncidence, et que les guérisons survenues à la suite des réductions de ces déviations sont plutôt dues à une action psychothérapique. La malade, dont le Prof^r Herrgott publie l'observation, avait, d'ailleurs, un tempérament très nerveux.

A côté de ces méthodes thérapeutiques basées sur des conceptions pathogéniques, il en est une purement empirique, dite méthode de Copeman.

Copeman, de Nordwich, voulant un jour déterminer un avortement chez une femme présentant des vomissements graves, dilata le col digitalement, mais ne put, faute d'instrument, perforer les membranes. Le lendemain, quand il revint, il constata la cessation des vomissements, et par la suite la femme put mener sa gestation jusqu'au terme. Il tenta l'expérience à nouveau et publia trois succès.

Madame Séverac-Raïtsiss a repris la question dans sa thèse et publie les trois observations de Copeman, ainsi que celles de différents auteurs, entre autres une observation de M. Fieux où il s'agit d'une femme très nerveuse dont on dilate le col et à qui on fait croire qu'on a évacué son utérus. Les vomissements cessent jusqu'au jour où elle sent remuer. Mais, à ce moment, ils ne durent que deux jours, la femme accoucha aux environs du terme. M. Fieux en concluait que la dilatation du col était indiquée dans certains cas. Par la suite il a changé d'avis et, dans son rapport au Congrès de Toulouse en 1910, il fait la critique de cette méthode de traitement, disant que son action est uniquement psychothérapique.

Toutes les observations publiées par Mme Severac-Raïtsiss sont celles de femmes très nerveuses. Les observations de Copeman sont très incomplètes, en ce sens qu'elles ne nous renseignent nullement sur la gravité des cas; il n'y est fait aucune mention ni de l'état du poulx, ni des urines, ni du poids, pas plus que de l'état de nervosité des femmes. Nous pensons donc, avec M. Fieux, que la méthode de Copeman con-

sistant à dilater le col et à décoller le pôle inférieur de l'œuf agit à titre d'élément suggestif.

On a vu, en effet, que dans les cas vraiment graves, elle ne suffisait pas et que, ou bien l'avortement se produisait ou bien les vomissements continuaient, nécessitant l'évacuation de l'utérus. Dans les cas où les vomissements cessent, on aurait pu obtenir la guérison sans dilater le col et par conséquent sans s'exposer à déterminer l'expulsion de l'œuf.

Dans les cas où le traitement médical bien conduit n'amène pas la sédation des phénomènes morbides et où on considère que la vie de la femme est en danger, ce n'est pas à la dilatation du col qu'il faut avoir recours, mais à l'avortement.

Tant que l'état de la femme n'est pas une indication à l'interruption de la gestation, toute manœuvre sur l'utérus susceptible de déterminer l'expulsion de l'œuf nous paraît contre-indiquée.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL

Dans les cas où le traitement médical a échoué, l'évolution serait fatale si on n'intervenait pas en interrompant la gestation. Mais encore faut-il que cette intervention ne soit pas trop tardive, sans cela elle n'empêcherait pas la mort de survenir, ou les paralysies par polynévrite de s'installer. Par contre, une intervention trop hâtive risquerait de sacrifier le fœtus sans que ce soit absolument légitime.

Quels sont donc les signes qui posent l'indication de l'interruption de la gestation ?

M. le Prof^r Pinard, en 1902 au Congrès de Rome, posa nettement les indications de cette intervention, en établissant la formule suivante : « Dès que, chez une « femme atteinte de vomissements toxiques, l'accélération du pouls est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de « suite interrompre la grossesse ».

En 1909, le Prof^r Pinard, dans la communication qu'il fit à la Société d'Obstétrique, maintint sa formule établie 7 ans auparavant et ajoute seulement le correctif : « 100 d'une façon permanente ». Ce chiffre, dit-

il, est arbitraire, mais il est basé sur l'observation clinique, et il ne faut pas lui accorder une valeur absolue. Il est des cas, très rares il est vrai, où le pouls ne s'accéléra pas jusqu'à 100 et où l'évolution fut fatale, dans d'autres cas, au contraire, le pouls dépassa 100 et la guérison survint sans qu'il fut nécessaire d'interrompre la gestation. Mais ce sont là des cas d'exception, et sur les 68 cas qui ont été observés pendant les 20 dernières années à la Clinique Baudelocque, il y eut 2 cas où le pouls ne dépassa pas 100 et où l'interruption artificielle de la gestation fut nécessaire; dans un de ces cas, l'évolution fut fatale.

On peut donc considérer l'accélération du pouls au-dessus de 100 pulsations à la minute, d'une façon permanente, comme le signe d'un état grave et par conséquent une indication de l'évacuation de l'utérus. Mais, dans l'appréciation de cette accélération du pouls, il faut naturellement tenir compte de la fréquence du pouls en dehors de la gestation.

En outre de l'accélération du pouls, le Prof^r Pinard insiste sur ses caractères : son amplitude est diminuée et, ce que l'on remarque souvent, c'est une grande instabilité qui a pu dans certains cas faire méconnaître une accélération du pouls; aussi le Prof^r Pinard préconise-t-il de prendre le pouls toutes les 4 heures : un pouls sujet à de grandes variations indique une atteinte grave de l'organisme.

La diminution d'amplitude du pouls est la conséquence d'une chute de la tension artérielle qui, dans la

plus part des cas, est très basse : 10, 5, quelquefois moins au Pachon.

La diminution du taux des urines a également une valeur pronostique considérable, mais cette oligurie va en général de pair avec l'accélération du pouls. M. Wallich cite cependant un cas où le pouls ne fût jamais plus accéléré que 90, où les urines avaient un taux normal et où, cependant, il se produisit des phénomènes paralytiques dus à une polynévrite.

Dans les cas graves, on a souvent observé une sialorrhée marquée qu'on peut d'ailleurs trouver dans les cas bénins.

Le subictère est également un signe de gravité dont on doit tenir compte, mais à lui seul il ne suffit pas à poser l'indication d'interruption de la gestation, car on a vu la guérison survenir, sans intervention, dans un certain nombre de cas où le subictère était assez marqué. Par contre, l'état peut être très grave et nécessiter l'interruption de la gestation sans qu'il y ait eu du subictère.

L'amaigrissement progressif très accusé et les troubles de l'état général qui l'accompagnent : asthénie, état syncopal, peuvent, dans certains cas, en dehors de toute accélération du pouls, amener à pratiquer l'avortement.

L'apparition de polynévrite et de troubles psychiques dénotant une atteinte profonde du système nerveux, constitue une indication à l'intervention immédiate. Mais il ne faut pas attendre cette extrémité car souvent, dans ces cas, l'interruption de la gestation

n'empêche pas la mort de survenir et, même si la malade survit, elle peut conserver pendant un temps plus ou moins long des troubles paralytiques.

En réalité c'est l'ensemble des signes cliniques, et parmi eux surtout l'accélération du pouls, qui nous permettra d'estimer la gravité de l'état de la femme et d'apprécier l'opportunité de l'avortement thérapeutique.

En dehors de ces signes cliniques on a cherché dans des examens de laboratoire un signe permettant de poser d'une façon plus précise l'indication de l'avortement.

MM. Bar et Lequeux ont fait des recherches sur le pouvoir glycolytique chez la femme enceinte atteinte de vomissements graves, et sont arrivés à la conclusion suivante :

« Chaque fois que la limite de la glycolyse sera inférieure à un gramme par kilo corporel, on devra considérer le pronostic comme très grave, et intervenir pour interrompre la grossesse ».

M. Le Lorier a essayé d'établir un uro-pronostic des vomissements graves. La réaction de Gerhardt est positive dans tous les cas, due à la présence dans les urines d'acide acétylacétique, cette réaction n'existe ni dans les urines des femmes enceintes normales, ni dans celles des éclamptiques. M. Le Lorier a constaté que l'intensité de la réaction varie dans le même sens que la gravité des vomissements.

M. Devraigne, étudiant l'état du sang chez ces malades, arrive à des conclusions bien différentes de

celles de Tusehkaï qui avait dit que la vie de la femme est menacée quand on note dans le sang l'apparition de mégaloblastes et la diminution des globules rouges. M. Devraigne a trouvé, au contraire, une polyglobulie relative par concentration du sang, consécutive à la déshydratation des tissus et du sang lui-même. Ses conclusions sont les suivantes :

« Dans les cas sérieux, quand la femme n'aura pas eu d'injections de sérum et présentera une formule globulaire normale, on pourra porter un bon pronostic. Pour qu'il n'y ait pas condensation de ce sang, il faut qu'il n'y ait pas de déshydratation marquée et de déchloruration prononcée, ce qui tend à prouver que la femme s'alimente un peu et se défend bien.

« Dans les cas où, sans traitement spécial, la femme présente de la polyglobulie, le pronostic est grave.

« Quand la femme a eu des injections de sérum répétées et quand néanmoins on lui trouve une formule globulaire plutôt forte on peut en déduire que, sans le sérum, il y aurait eu sûrement de la polyglobulie, aussi doit-on interpréter cette formule, d'apparence rassurante, comme une formule indiquant l'interruption de la gestation. Si on attend l'anémie indiquée par Tuschkaï et qui, peut-être, se produit in extremis, il sera trop tard ».

M. Devraigne, au mois de février 1922, rapporta à la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris l'observation d'une femme atteinte de vomissements graves, qui présentait du subictère, avait un pouls à 120-130. On n'in-

terrompit pas la gestation, et l'on basa l'expectative sur une numération normale des globules sanguins. La guérison survint.

Nous reconnaissons l'intérêt de ces renseignements fournis par le laboratoire, mais nous croyons que l'examen clinique nous fournit les éléments suffisants pour poser les indications de l'interruption de la gestation. Et, parmi les signes cliniques, l'accélération du pouls est le plus important, quoiqu'il ne constitue pas un critérium absolu.

Etant donné que l'on ne peut pas fixer d'une façon absolument certaine le moment où la temporisation devient dangereuse, mieux vaut pêcher par excès de prudence et intervenir trop tôt, que de risquer, en temporisant trop, de faire une intervention inutile.

Pendant l'année 1922, nous avons observé 2 cas de mort malgré l'évacuation de l'utérus, celle-ci ayant été pratiquée les femmes étant dans un état désespéré. Par contre, nous avons observé dans plusieurs cas que, malgré l'interruption d'une ou de plusieurs gestations pour vomissements graves, certaines femmes avaient, par la suite, pu conduire à terme des gestations ultérieures et accoucher de beaux enfants vivants.

Même dans les cas qui semblent désespérés, il faut intervenir, car c'est la seule façon de permettre à la femme de survivre.

DOCUMENTS

1^o Etude statistique des cas observés à la Clinique Baudelocque de 1903 à 1919

Les observations de 1903 à 1919 ont été publiées, au nombre de 16, par M. le Prof^r Pinard dans sa communication à la Société d'Obstétrique, en 1909 (*Ann. de Gyn. et Obst.*, p. 527).

De 1909 à 1919, 39 cas se sont présentés à la Clinique Baudelocque et les observations sont dans les archives de cette clinique.

Année 1909 : N^{os} 1421, 1944, 2005.

— 1910 : N^{os} 286, 376, 566, 586, 721, 840, 938,
1280, 1634, 1827, 1884.

— 1911 : N^{os} 573, 836, 933, 1430 *bis*.

— 1912 : N^{os} 292, 395, 884, 1120, 1201 *bis*, 1305.

— 1913 : N^{os} 161, 583, 678, 734.

— 1914 : N^{os} 179, 702, 1430.

Année 1915 : N^{os} 1469.

— 1916 : N^{os} 893, 1020, 1208, 1277, 1475.

— 1917 : N^{os} 1017.

— 1918 : N^{os} 265.

Ce qui fait un total de 55 cas observés pendant cette période.

55 cas. 1903-1919.	42 fois interruption artificielle de la gestation.	Pouls > 100 = 40	32 guérisons. 1 amélioration. 7 morts.
		Pouls < 100 = 2	1 guérison. 1 mort.
	13 fois pas d'intervention.	Pouls > 100 = 2	1 avortement spontané. Guérison. 1 mort.
		Pouls < 100 = 11	2 avortements spontanés. Guérison. 9 guérisons, la gestation continuant à évoluer.

Dans ces 55 cas, le traitement antitoxique fut institué : diète hydrique et lactée, lavements purgatifs et évacuateurs, sérum physiologique sous-cutané et en lavements, inhalations d'oxygène. Dans quelques cas l'adrénaline fut prescrite.

Dans les 42 cas où l'interruption artificielle de la gestation fut pratiquée, 2 fois seulement le pouls ne dépassa pas 100 pulsations à la minute d'une façon permanente : dans l'observation X, publiée par le Prof^r Pinard (*Ann. de Gyn. et Obst.*, 1909, p. 527), le pouls avait été une fois à 120 puis se maintint aux environs de 80; l'état général était mauvais, il y avait

du subictère. On temporisa et, malgré l'interruption de la gestation, la malade mourut. Dans l'observation 1017 de 1917, le pouls atteint une seule fois 104 puis se maintient aux environs de 90; devant la diminution brusque des urines, l'aggravation de l'état général, on intervient et la malade guérit.

Dans les 40 cas où le pouls dépassa 100 pulsations à la minute et où on pratiqua l'avortement thérapeutique, 32 femmes guérissent. Une fut seulement améliorée (Obs. 566 de 1910). Le pouls qui était à 108 avant l'intervention tomba le lendemain à 50, mais les vomissements persistèrent et dans les jours qui suivirent on diagnostiqua une tumeur cérébrale pour laquelle on pratiqua une crâniectomie à l'Hôtel-Dieu.

Sept femmes moururent : dans 1 cas par infection (Obs. II publiée par le Prof^r Pinard). Dans l'observation VIII, publiée par le même auteur, on constata à l'autopsie une rupture de l'utérus.

Dans les observations : 1909, n° 1944; 1910, n°s 840, 1827; 1912, n° 1120; 1916, n° 893, la tachycardie était très marquée et la mort est sans doute la conséquence d'une expectative trop prolongée.

Dans les 13 cas où on n'intervint pas, 3 fois la guérison suivit une interruption spontanée de la gestation. Dans 1 cas (Obs. XI, publiée par le Prof^r Pinard), la femme eut une syncope mortelle au moment où on lui faisait une injection sous-cutanée de sérum.

Dans les 9 cas où la gestation continua d'évoluer, le pouls n'avait jamais dépassé 100 pulsations à la minute.

En somme, pendant cette période, la mortalité fut de 16,3 %. L'évolution de la gestation se poursuit dans 16,3 % des cas. On interrompt artificiellement la gestation dans 76,3 % des cas.

2° Observations des cas observés à la Clinique Baudelocque de 1919 à 1923

OBSERVATION I

Clinique Baudelocque. — Archives 1919-852 *bis*.

*Vomissements graves. — Avortement thérapeutique.
Guérison.*

Secondipare de 34 ans. Gestation antérieure normale.
Dernières règles du 12 au 16 mai.

Dès les premiers jours de juin, état nauséux; apparition des vomissements vers le 20 juin, d'abord muqueux, puis bilieux au fur et à mesure qu'ils augmentent de fréquence.

Les premiers jours de juillet, jusqu'à 20 vomissements par jour.

La femme ne supporte plus qu'un peu d'eau et des fruits cuits.

9 juillet. Elle entre à la clinique.

Femme semblant amaigrie; facies relativement bon; langue saburrale. Ptyalisme. Utérus gravide légèrement rétroversé, présentant un fibrome isthmique à gauche.

Pouls : 84.

On met la femme à la diète hydrique et on lui fait prendre 30 gr. de sulfate de soude.

Les jours suivants on continue la diète hydrique. Les vomissements persistent et le pouls monte à 120. Les

urines sont assez abondantes : 1.200. On donne alors de l'adrénaline 2 fois XX gouttes par jour pendant 3 jours de suite; on ne constate aucune amélioration. Le taux des urines diminue. Le pouls reste entre 110 et 120.

Injection sous-cutanée de sérum artificiel. Ingestion de sous-nitrate de bismuth (10 grammes).

Malgré tout les vomissements persistent. Le pouls est aux environs de 120. Le taux des urines est faible : 500.

En raison de la persistance des vomissements, de l'oligurie et de l'accélération permanente du pouls, l'avortement thérapeutique est décidé.

Technique : laminaire, puis curage digital et curettage.

Dès le lendemain l'état général s'améliore.

Le 29 juillet la femme ne vomit plus et commence à s'alimenter.

Le 10 août elle quitte la clinique en bon état.

OBSERVATION II

Clinique Baudelocque. — Archives 1920-574.

Vomissements graves. — Polynévrite. — Avortement thérapeutique. — Guérison.

Primipare de 21 ans.

Antécédents : varicelle, rougeole, coqueluche; envoyée à Berck pour lymphatisme. En 1911 aurait eu un ictère accentué qui aurait duré deux mois.

Dernières règles : du 5 au 7 décembre.

Début des vomissements à la fin du mois de janvier, en même temps qu'étourdissements et tendances syncopales.

Quand la malade est couchée, elle vomit moins et se sent mieux. Elle s'alite, mais au bout de deux à trois

jours, les vomissements reprennent aussi intenses. On la soumet alors au traitement suivant :

Lavement tous les jours avec une solution de borate de soude et potion de Rivière. Amélioration pendant deux jours.

Le 15 février : apparition de subictère; pouls à 72-76.

Régime : eau de Vichy, Vals, bouillon de légumes, lait (ce dernier n'est pas supporté). Léger amaigrissement.

Du 20 février au 10 mars : Etat à peu près stationnaire. Pouls aux environs de 72. Urines en quantité normale.

Vomissements fréquents et abondants; certains aliments cependant sont conservés.

Pulvérisations d'éther au creux épigastrique; on met à ce niveau de la glace et des compresses chaudes alternées.

Lavement évacuateur chaque jour et tous les quatre jours lavement purgatif.

Le 15 mars : Etat général meilleur. La femme se lève.

Le 25 mars : Etourdissement soudain; céphalée violente; pouls à 88.

Les urines deviennent plus rares.

Le 27 mars : Pouls 120; légers troubles psychiques, notamment de la mémoire.

La femme entre à la clinique.

On la met au régime hydrique et on lui fait 500 gr. de sérum physiologique.

Le 28 mars : Le pouls est toujours à 120. Les urines : 750 gr.

On décide d'évacuer l'utérus et on pose une laminaire.

Le 29 mars : On vide la cavité utérine par curage digital.

Le 30 mars : La nuit a été calme. Température : 37°,4; pouls : 112; urines : 300 gr.

On donne à la femme du café au lait, du tilleul, du bouillon de légumes. Elle vomit seulement un peu de

lait, mais elle a une répulsion spéciale pour cet aliment.

Le 31 mars : On tente de la purger à l'huile de ricin, mais elle vomit sa purge à deux reprises. On lui donne alors un grand lavement et on continue l'alimentation liquide. Pas de vomissements. Pouls : 105 ; urines : 500 gr.

Le 1^{er} avril : La femme ingère et garde un bifteck et de la purée.

Le pouls remonte à 120. Urines : 1.000.

Les troubles de la mémoire sont toujours accusés. La malade se plaint d'une diminution de l'acuité visuelle.

Les jours suivants : La femme ne vomit plus. Les urines augmentent; son pouls descend à 90.

Le 12 avril : M. Couvelaire constate que la femme se plaint de phénomènes douloureux, au niveau de ses membres inférieurs, qu'elle localise principalement au niveau des genoux. Il est frappé aussi de l'amaigrissement des membres inférieurs et des troubles psychiques, en particulier les troubles de la mémoire. C'est ainsi que cette jeune femme purgée le matin ne se rappelle ni de la purgation ni de l'effet qu'elle a produit. En présence de cette polynévrite il fait venir M. Guillaïn en consultation.

13 avril. — Examen de M. Guillaïn :

1° Douleur à la pression du mollet et du quadriceps.

2° Troubles de la sensibilité : paresthésie des extrémités : fourmillements et engourdissements. Pas d'anesthésie complète, mais un peu d'hypoesthésie de la jambe et du pied par rapport à la cuisse.

3° Motricité : parésie de la sphère du crural et du sciatique, mais rien au niveau des membres supérieurs;

4° Réflexes : membres inférieurs : rotuliens, achilléens, médioplantaires, péronéo-fémoraux, abolis.

Les réflexes du membre supérieur sont normaux.

Réaction pupillaire normale.

5° Troubles mentaux : pas de confusion mentale, pas

d'hallucinations visuelles, ni auditives. La malade se tire bien des épreuves mnésiques simples; sa mémoire ne présente pas de grands troubles. Elle soutient la conversation sans dire de choses anormales.

M. Guillain conclut à une polynévrite légère avec bon pronostic et il prescrit :

2 mmgr. de strychnine par jour et une cuillerée à café d'huile de foie de morue phosphorée.

Régime lacto-végétarien.

Déconseille le massage tant que la maladie est en période aiguë.

Le 16 avril : La femme rentre chez elle et continue à être suivie par le D^r Guillain.

En septembre est envoyée à Bourbonne-les-Bains (trois semaines). Elle ne marchait pas, on dut la porter au train. Après la cure de Bourbonne ne marchait toujours pas, mais mobilisait mieux ses membres inférieurs. Progressivement elle a pu marcher en se tenant aux meubles.

En mai 1921 : Deuxième saison à Bourbonne (trois semaines). Ensuite à Chavannes (Alsace). Là, elle commença à marcher avec une canne.

En juillet : Séjour à Vauvillers (Haute-Savoie) pendant deux mois.

En septembre : Troisième saison à Bourbonne. Marchait toujours avec une canne.

La femme a une nouvelle gestation en 1921. Evolution normale de cette gestation, sans vomissements, sans albumine.

Le 10 mai 1922 : Accouchement à 8 mois.

Après l'accouchement la femme a marché sans canne. A allaité son enfant : 9 mois.

Actuellement : La femme est en bon état; elle a pris un assez grand embonpoint. Elle présente encore de temps en temps quelques troubles psychiques.

OBSERVATION III

Clinique Baudelocque. — Archives 1920-740.

Vomissements graves. — Avortement thérapeutique au 4^e mois. — Amélioration de l'état général, mais persistance des vomissements : état gastrique antérieur. — Sténose œsophagienne cardiaque.

I-pare 26 ans.

Crises de vomissements remontant à l'âge de 17 ans; pseudo-vomissements au début. Les solides étaient rejetés dès l'ingestion, environ $\frac{1}{4}$ d'heure à $\frac{1}{2}$ heure après les repas.

Plus tard, les vomissements deviennent plus tardifs et prennent le caractère de vomissements œsophagiens. Les liquides seuls sont tolérés.

Dernières règles du 14 au 22 décembre.

Les deux premiers mois de sa gestation la femme ignore son état, les vomissements n'augmentent pas ; à partir du jour où elle sait qu'elle est en état de gestation les vomissements augmentent progressivement et les liquides eux-mêmes ne sont plus tolérés. Amaigrissement rapide.

25 avril : Entre à la clinique. Poids : 40 kil.

P. 58; T. A. 11-8,5 au Pachou.

Urines rares; constipation. Très mauvais état général.

Alimentation fractionnée : lait, eau, aa; vomissements 10 minutes après chaque ingestion.

Les jours suivants vomissements très abondants.

28 avril : Poids : 34 k. 300.

Pouls faible : 100. Bourdonnements d'oreilles ; vertiges ; subictère ; langue sèche, saburrale, fendillée.

En raison de l'amaigrissement de 1 kil. par jour, du

très mauvais état général, du subictère, et du fait que le pouls est à 100, l'avortement thérapeutique est décidé.

Technique. Laminaire, dilatation aux bougies de Hégar; curage digital. Après l'intervention, pouls : 144, puis 126.

On fait dans la soirée, en 3 fois, 1.500 cc. de sérum physiologique et 20 cc. d'huile camphrée.

Les jours suivants on continue 500 cc. de sérum par jour, plus 10 cc. d'huile camphrée. Le pouls descend à 100-90.

Les vomissements persistent.

Le 3 mai : La femme dort pour la première fois pendant 3 heures. Pouls : 75.

Le 6 mai : Malgré la persistance des vomissements et de l'état d'amaigrissement, l'état général huit jours après l'avortement thérapeutique est meilleur : le facies reposé, le pouls à 75, le sommeil de plusieurs heures chaque nuit est une preuve de cette amélioration. Cette intoxication était gravidique et ce qui persiste aujourd'hui, probablement plus accentué que par le passé, ce sont les troubles d'ordre gastrique pour lesquels cette malade sera confiée à un spécialiste.

Le 10 mai : La femme est passée à la Pitié dans le service du D^r Enriquez.

Examen radioscopique : 12 heures après le repas tout le liquide d'examen, moins ce qui a été rejeté par vomissement, est encore dans l'œsophage.

Le diagnostic de sténose œsophagienne (cardiaque) est posé et une gastrostomie est décidée.

Le 15 mai : A la Salpêtrière, dans son service, M. le P^r Gosset pratique une gastrostomie.

A la suite de cette intervention, la femme a pu être alimentée par sa bouche gastrique et son état général s'est rapidement amélioré.

Le poids a augmenté de 15 kil.

La perméabilité œsophagienne ne se rétablissant pas, M. de Martel pratiqua une gastrotomie au cours de laquelle il constata que l'obstacle était constitué par une plicature de l'œsophage dans sa partie terminale (dolicho-œsophage). La perméabilité ne put être rétablie et la femme est encore alimentée par sa bouche gastrique.

Une suppression des règles depuis 3 mois amena la femme à consulter M. le D^r Vignes qui attribua cette aménorrhée à l'état cachectique de la malade et non à un état de gestation.

OBSERVATION IV

Clinique Baudelocque. — Archives 1922-590.

Vomissements graves au 2^e mois. — Accouchement spontané à terme.

Femme de 31 ans, à sa troisième gestation.

Une première gestation terminée au deuxième mois par un avortement de cause indéterminée.

Une deuxième gestation, avec vomissements pendant toute la durée de la gestation, mais terminée par un accouchement normal.

Pour la gestation actuelle : dernières règles du 4 au 10 juillet. Début des vomissements : vers le 15 août.

Le 6 septembre : La femme est admise à la clinique.

Intolérance gastrique absolue ; hypersécrétion salivaire.

La femme est mise à la diète absolue.

Le 7 septembre : Poids 104 ; urines 600 gr.

On tente de faire prendre du lait à la femme, mais elle le vomit aussitôt.

Du 7 au 16 septembre : L'intolérance gastrique est

absolue; la femme ne tolère même pas le bouillon de légumes.

Pendant toute cette période le pouls oscille entre 90 et 95. Urines 600 gr. environ par 24 h.

Sérum physiologique, 250 cc. en goutte à goutte rectal.

A partir du 16 septembre l'estomac est plus tolérant. La femme peut progressivement prendre du bouillon de légumes, de la purée, et même du lait.

Le pouls descend à 80 et s'y maintient. Les urines augmentent jusqu'à 1.500 gr.

La nuit cependant elle vomit encore : vomissements bilieux.

Le 29 septembre : Elle ne vomit plus et quitte la clinique en bon état.

Le 20 avril : Elle accouche à la clinique d'un enfant vivant du poids de 3.350 gr., ne présentant aucune tare.

OBSERVATION V

Vomissements graves. — Avortement thérapeutique.

Guérison.

X..., 25 ans, sans profession, secundipare.

Aucun antécédent héréditaire, ni collatéraux intéressants.

A marché à 1 an.

A 5 ans : Coxalgie gauche; reste couché deux ans.

Réglée à 12 ans, régulières, normales jusqu'à 17 ans. A ce moment pertes jaunes abondantes, règles plus abondantes et douloureuses.

A. P. : Diphtérie à 12 ans. Anémie, amaigrissement à 23 ans.

Antécédents obstétricaux : Première gestation 1916 : avortement provoqué au 2^e mois à la clinique Tarnier

pour vomissements incoercibles. Suites normales; aucune complication.

Deuxième gestation (actuelle) : D. R. 23-28 juin 1922. Malaises dès le début de la gestation. Le 21 août traversée de la Manche, mal de mer qui fatigue beaucoup la malade. Huit jours à Londres sans prendre de nourriture. Revient le 29 et dès son retour se met au lit et ne cesse de vomir.

Entrée à la clinique le 9 septembre 1922 à 20 h. 30.

Déclare à son entrée avoir perdu 9 kil. de poids depuis trois semaines.

Le 9 septembre : A l'examen : la femme paraît très épuisée.

P. à 86. T. 37°,8.

On couche la femme dans une chambre isolée, sachet de glace sur le creux épigastrique. A 23 h. femme plus calme, vomissements moins fréquents et moins douloureux. A 23 h. 30 reprise des vomissements, striés de sang rouge. Pouls moins bon, quoique peu rapide : 84. Tendances syncopales.

Lavement de chloral, 2 gr. ; 5 cc. d'huile camphrée ; 250 cc. de sérum glucosé en goutte à goutte rectal.

Le 10 septembre à 1 h. 30 : Vomissements peu abondants, très douloureux.

Nouveau lavement de chloral, 2 gr.

A 8 h. la femme a reposé, malgré quelques vomissements survenus encore au cours de la nuit.

A 11 h. P. 86. T. A. au Pachon : 14-9. Index oscillométrique : 2.

500 cc. de sérum glucosé sous-cutané en deux fois ; 3 cc. huile camphrée matin et soir ; glace sur l'estomac ; quelques cuillerées à café espacées d'eau de Vichy.

Potion adrénaline, XV gouttes matin et soir (adrénaline à 1/1000).

Lavement évacuateur dans la journée.

Lavement de chloral (4 gr.) le soir.

17 h. : La femme continue à vomir (vomissements striés de sang). Pouls 92. T. A. 14 $\frac{1}{2}$ -9. Urines rares.

Sous l'influence du lavement de chloral elle dort la nuit du 10 au 11.

Le 11 sept., à 9 h. : La femme ayant dormi une grande partie de la nuit se sent mieux, elle ne souffre presque plus. Vomissements moins fréquents (2 dans la nuit) à peine teintés de sang.

P. 88. T. 37°, 1. T. A. 14 $\frac{1}{2}$ -9.

Léger subictère des conjonctives.

On supprime la potion à l'adrénaline, la femme se plaignant de brûlures dans la gorge et l'estomac quand elle la prend.

Suppression de la glace.

Traitement : eau de Vichy; 2 lavements de chloral de 3 gr.; 500 cc. de sérum glucosé en 2 fois (goutte à goutte).

Les urines ont un peu augmenté de quantité : 500 cc.

12 sept. 8 h. : La malade a dormi presque toute la nuit.

Etat général meilleur. Tentative d'alimentation; deux cuillerées de purée de pommes de terre qui ne sont pas gardées.

P. 90 à 11 h.; 110 à 18 h. T. A. 15/10.

Eau de Vichy, citronnade; sérum glucosé 500 cc. en deux fois (intrarectal).

Urines 500.

13 sept. 11 h. : P. 96. T. A. 15-9 $\frac{1}{2}$.

Deux lavements de chloral (3 gr.) 500 cc. en deux fois intrarectal de sérum glucosé.

Eau de Vichy; lait glacé sucré avec un peu de café (quelques cuillerées).

La nuit la femme dort peu; vomissements un peu plus fréquents.

Malgré cela les urines sont plus abondantes : 1.250 gr.

14 sept. : Le pouls remonte à 100. T. A. 16 $\frac{1}{2}$ -9 $\frac{1}{2}$.

Urines 600.

On ne donne plus à la femme que de l'eau de Vichy et on lui fait 500 gr. intrarectal de sérum glucosé.

15 sept. : Les vomissements persistent; on redonne à la femme la potion à l'adrénaline, XV gouttes; $\frac{1}{2}$ litre d'eau de Vichy; sérum glucosé 500 gr.; deux lavements de chloral (3 gr.).

Pouls 96. T. A. 14 $\frac{1}{2}$ -9. Urines 750.

Mauvaise nuit.

16 sept. : Vomissements plus fréquents. Pouls 100. Urines 500, avec des traces d'albumine. T. A. 15-9.

Malgré deux lavements de chloral (3 gr.) la nuit est mauvaise.

Le 17 sept. : P. 112. Léger subictère. Urines 500. Réaction de Gmelin +. Etat général mauvais; vomissements plus abondants.

A 16 h. 30 : Crise de vomissements très pénible, suivie d'une syncope, qui dure 4 minutes. Pouls filant. Huile camphrée 5 cc. L'état syncopal terminé, la femme reste dans un état d'hébétude marqué. P. 116.

A 19 h. 30 : Nouvelle crise syncopale; durée 5-6 minutes. 250 cc. de sérum glucosé intrarectal.

A 22 h. : M. Powilewicz devant l'état général franchement mauvais, les vomissements incessants; l'ascension du pouls qui atteint 126; le subictère; la présence de pigments biliaires dans les urines, décide de *procéder à l'évacuation de l'utérus*.

Huile camphrée 5 cc.

Dilatation de l'utérus aux bougies de Hégar (pas d'anesthésie); facile jusqu'au n° 11, puis plus difficile jusqu'au n° 24.

Dans un premier temps on ramène des membranes et le placenta et dans un deuxième un fœtus entier de deux mois environ.

Révision à la curette puis à la compresse montée.

Injection intra-utérine chaude aniodolée.

Huile camphrée 3 cc., glace sur le ventre.

Après l'intervention P. 126. T. 39.

18 septembre, à 7 h. : P. 108. T. 37°,5. — 11 h. P. 98.

La malade présente encore un léger subictère (conjunctives).

Les vomissements ont cessé à 7 h. du matin.

Etat général sensiblement meilleur.

Lait par petites gorgées (glacé); on fait rincer la bouche assez fréquemment avec de l'eau bicarbonatée.

Les jours suivants la femme entre en convalescence.

Le poulx descend rapidement aux environs de 80 et s'y maintient; température entre 37 et 37°,5.

La réalimentation est progressive, et le 26 septembre la femme sort en bon état.

OBSERVATION VI

Clinique Baudelocque. — Archives 1922-1270.

*Vomissements graves. — Avortement thérapeutique.
Guérison.*

Secondipare de 27 ans.

Première gestation terminée au 2^e mois par un avortement de cause indéterminée. Dernières règles du 12 au 16 juin.

Début des vomissements dès la deuxième semaine de juillet, d'emblée fréquents : 10 par jour; pas d'amélioration par une potion au citrate de soude.

Les 6 et 10 juillet : Légères pertes sanguines.

Au début de septembre la femme n'a que 4 à 5 vomissements par jour, mais elle ne prend que du bouillon de légumes et son état général est peu satisfaisant.

Le 16 septembre elle entre à la clinique.

Pouls à 84. Urines 300 gr., foncées (traces d'albumine).

Lavement purgatif; bouillon de légumes.

Les jours suivants on donne une purgation à l'eau de Sedlitz, des lavements évacuateurs et XX gouttes d'adrénaline à 1/1000 par jour.

Urines aux environs de 1000 à 1200; mais les vomissements sont de plus en plus fréquents. Pouls à 104 et léger subictère des conjonctives.

Le 20 septembre : La femme est isolée et soumise au traitement suivant :

Lavement de chloral à midi et le soir (3 gr.);

Sérum glycosé en goutte à goutte rectal 2 fois 250 cc.;

Adrénaline à 1/1000, XX gouttes;

Régime : eau de Vichy par doses fractionnées.

Le pouls à 126. Les urines 1250.

Teinte subictérique.

A 16 h. : Pouls à 140.

Le 21 septembre : Pouls 140. Température 38.

Vomissements très fréquents et abondants.

Femme nettement ictérique; urines pigmentées.

M. Couvelaire décide de pratiquer l'avortement thérapeutique.

Dilatation aux bougies de Hégar; pose d'une laminaire n° 28.

On continue les lavements de chloral, le sérum glucosé, l'adrénaline.

Le 22 septembre : Extraction de la laminaire, suivie de celle du fœtus par fragments avec une pince. Révision de la cavité à la curette mousse; écouvillonnage; mèche de gaze iodoformée.

Dès le lendemain les vomissements cessent; la femme peut garder de la purée de pommes de terre.

Le pouls diminue de fréquence; 4 jours après l'avor-

tement ascension thermique à 39°,5, mais le lendemain même la température est à 37°,5, le pouls à 100.

Les jours suivants la température reste normale, le pouls descend à 80. L'alimentation est progressive.

Le 5 octobre la femme sort en bon état.

OBSERVATION VII

Clinique Baudelocque. — Archives 1922-1949.

Vomissements graves. — Accouchement prématuré accéléré. — Mort.

Primipare de 16 ans.

Dernières règles du 4 au 8 mars.

Les vomissements ont apparu dès le début de la gestation.

Depuis le 4 octobre ils ont pris un caractère de gravité exceptionnelle, se produisant nuit et jour.

Le 12 octobre, à 12 h., la femme est amenée, présentant un début de travail.

Etat général très mauvais. Femme très amaigrie et dans un état de déhydratation intense; langue sèche; subictère très net.

Pouls 125. Température 37.

Au toucher dilatation 2 francs.

La femme a des douleurs très espacées; on décide d'accélérer l'accouchement, et on place dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes de 450 cc.

500 cc. de sérum glucosé sous-cutané, et on donne à la femme une cuillerée à bouche d'eau lactosée toutes les 10 minutes.

Les vomissements sont incessants; la femme a du hoquet.

Le 13 octobre, à 6 h. 20, expulsion du ballon, et derrière lui d'un fœtus vivant du poids de 1.630 gr.

La femme perd une assez grande quantité de sang au moment de sa délivrance.

Pouls imperceptible 180 (pulsations appréciées par l'auscultation).

La tension artérielle ne peut être prise : aucune oscillation.

On fait de l'huile camphrée, de la caféine, du sérum glucosé intraveineux. On installe un goutte à goutte rectal de sérum salé hypertonique. On réchauffe la femme.

Son état ne s'améliore pas; on lui fait respirer de l'oxygène. On injecte $\frac{1}{4}$ de cc. d'ouabaine intraveineux.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — Poumons normaux; légère adhérence au sommet gauche.

Cœur volumineux : 280 gr.

Péritoine sain; aucune anomalie de la face péritonéale des viscères digestifs; appendice normal; rien à l'ouverture de ces organes, sauf de légères suffusions hémorragiques de la grande tubérosité.

Organes génitaux, reins (160 gr.), surrénales, pancréas, rate (180 gr.), thyroïde, encéphale, hypophyse, paraissent normaux. Le foie seul est nettement altéré; il est mou, couleur brun clair, avec des ilots jaunâtres, alternant avec les taches brunes; les sections des vaisseaux sont augmentées de calibre. Poids du foie : 1.600 gr.

Des coupes des différents organes ont été faites, mais les lésions cadavériques étaient si avancées que la lecture en a été impossible.

OBSERVATION VIII

Clinique Baudelocque. — Archives 1922-1459.

Vomissements graves au 2^e mois. — Accouchement à terme.

Secondipare 33 ans.

En 1911 à la clinique (obs. 836), avortement thérapeutique pour vomissements graves.

Dernières règles du 6 au 11 février.

30 mars : Début des vomissements aboutissant rapidement à l'intolérance gastrique absolue.

4 avril : Entre à la clinique.

Amaigrissement marqué; sialorrhée et vomissements abondants. Urines rares. Pouls 60. T. A. 95-7 au Pachon.

La femme est isolée; diète absolue, sauf un peu de glace à sucer.

250 cc. de sérum glucosé + adrénaline à 1/1000, X gouttes, voie rectale.

Le 6 avril : Subictère des conjonctives. Vomissements fréquents.

Pouls 80. Urines 500. Tension artérielle 10-7.

Traitement : Lavement de chloral, 3 gr., matin et soir; sérum glucosé en goutte à goutte rectal, 2 fois 250 gr.; adrénaline à 1/1000, XV gouttes matin et soir.

Rincer fréquemment la bouche à l'eau de Vichy et donner à boire une cuillerée d'eau de Vichy toutes les deux heures.

Le 7 avril : Vomissements moins nombreux; la femme a dormi.

Pouls 92. T. A. 11 $\frac{1}{2}$ -8. Urines 500 cc.

Même traitement.

Le 8 avril : Pas de vomissements; nuit calme.

Même traitement; on augmente la quantité d'eau de Vichy.

Le 9 avril : On ajoute au régime 250 gr. de lait et 700 gr. de panade. Même traitement.

Le 10 avril : Pouls 80. T. A. 13-9 $\frac{1}{2}$. Urines 500 cc.

Régime : eau de Vichy 1 l. $\frac{1}{4}$; lait $\frac{1}{4}$ de litre ; panade 500 gr. ; purée 450 gr.

On supprime le chloral et l'adrénaline.

Sérum glucosé 500 cc. en goutte à goutte rectal.

La femme a un seul vomissement.

Le 11 avril : Pouls 86. Urines 1200.

En plus du régime de la veille la femme prend du macaroni, 300 gr.

Elle vomit, une seule fois, quelques glaires.

Le 12 avril : Alimentation plus variée.

Pouls 80. Urines 1000.

La femme vomit encore une fois.

Jusqu'au 22 avril la femme suit ce régime et vomit rarement.

Elle rentre chez elle où elle arrive progressivement au régime ordinaire.

Le 9 novembre 1922 : Elle accouche spontanément d'un enfant vivant de 3.550 gr.

OBSERVATION IX

Clinique Baudelocque. — Archives 1922-1919.

Vomissements graves. — Polynévrite. — Accouchement prématuré provoqué. — Mort.

Secondipare de 31 ans.

Vomissements abondants et persistants lors de la première gestation, mais accouchement à terme : enfant vivant.

Dernières règles à la fin du mois de juin.

Apparition des vomissements à la fin du mois d'août.

Pendant les mois de septembre, octobre et novembre la femme a des vomissements irréguliers, lui permettant cependant de s'alimenter.

Vers la fin du mois de novembre les vomissements cessent. A ce moment apparaissent des troubles paraplégiques se présentant exactement comme une polynévrite éthylique.

Dans les premiers jours du mois de décembre la femme est hospitalisée dans le service du D^r Laubry, à l'Hôpital Cochin.

On fait une ponction lombaire : 2 lymphocytes par champ; albumine normale. Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Dans ce service de médecine elle est considérée comme atteinte de polynévrite éthylique.

Sa température pendant son séjour à Cochin a été aux environs de 37 avec 3 clochers à 38,5 et 38 les 10-11 et 14 décembre.

Les urines, 500 cc., de l'entrée jusqu'au 11. Le 12, 250 cc. Le 13, 0. Le 14, 250 cc.

Le 15 décembre : On se rend compte que la femme est en état de gestation et on la fait transporter à la clinique Baudelocque.

A l'interrogatoire, troubles de la mémoire. Elle ne paraît se rappeler d'une façon précise que les faits antérieurs à sa maladie.

A l'examen : aspect asthénique; difficulté de répondre; effort pour s'exprimer. Facies amaigri et grippé. Exophthalmie. Lèvres sèches fuligineuses.

De temps en temps la malade s'arrête dans ses explications, elle semble comme perdue : écheveau dont elle ne peut suivre le fil.

Douleurs dans les jambes qui nécessitent de continuel déplacements de ces membres.

Membres supérieurs : perte de la force musculaire au

niveau de la main gauche, beaucoup plus nette qu'à droite. Pas d'atrophie musculaire : hypotonie. Sensibilité conservée des deux côtés.

Réflexes : rond pronateurs, radiaux, olécrânien et fléchisseur conservés à droite.

A gauche : olécrânien conservé, cubitiaux, pronateurs, fléchisseur et du radius ne sont pas trouvés.

Membres inférieurs : motilité très diminuée; la malade décolle le genou du lit, mais ne peut décoller le talon. Au niveau des deux pieds, attitude en équinisme et en varus, surtout à droite et liée à une perte de tonicité des péroniers latéraux.

Hypotonicité musculaire, particulièrement marquée au niveau des deux mollets : atrophie musculaire bilatérale et symétrique, semblant plus marquée au niveau des cuisses que des mollets.

Sensibilité douloureuse des deux côtés, un peu de retard à la perception; sensibilité calorique normale; en général hyperesthésie.

Babinski : aucune réaction ni à droite ni à gauche.

Réflexes abolis des deux côtés.

Oppenheim négatif des deux côtés.

Pas de réflexe de défense.

L'état psychique empêche de rechercher la douleur à la palpation des troncs nerveux, ainsi que le signe de Lasègue.

Œil : myosis ; aucun réflexe pupillaire ; nystagmus horizontal.

En résumé : polynévrite frappant symétriquement et également les deux membres inférieurs, avec prédominance légère au niveau des péroniers latéraux droits ; atteinte légère des membres supérieurs, en particulier du gauche.

Appareil digestif : langue sèche, rouge, fuligineuse ; quelques nausées, pas de vomissements.

Léger subictère.

Appareil cardio-vasculaire : pouls rapide, mais régulier et bien frappé, 130.

Tension artérielle au Pachon : 12-9.

Appareil pulmonaire : quelques râles de congestion aux bases.

15 décembre : Traitement à l'entrée de la malade :

Huile camphrée, 5 cc.;

Lavement évacuateur;

Sérum glucosé, 250 cc. en goutte à goutte rectal;

Adrénaline à 1/1000, XX gouttes dans une potion.

La vessie est pleine. On pratique le cathétérisme et on retire 900 gr. d'urine foncée et légèrement rougeâtre.

A 17 h. : M. le P^r Couvelaire examine la femme et décide d'intervenir immédiatement par la pose d'un ballon de Champetier de Ribes.

A 18 h. : Dilatation facile aux bougies de Hégar, mise en place dans l'utérus un ballon de 500 cc.

Dans la nuit on fait 250 cc. de sérum glucosé + XV gouttes d'adrénaline au 1/1000 sous-cutanée; de l'huile camphrée.

Etat général de plus en plus mauvais; femme dyspnéique, 40 respirations à la minute.

Pouls aux environs de 140, moins bien frappé.

Le ballon ne déclanche pas franchement le travail; les contractions utérines sont rares et faibles.

Le 16 décembre, à 9 h. : Dilatation d'un peu plus de 5 francs. Etat général très mauvais. Pouls 140. Plus de 60 respirations par minute. 250 cc. de sérum glucosé sous-cutané.

A 10 h., M. le D^r Powilewicz, étant donné l'état grave de la femme et l'âge peu avancé de la gestation, décide de vider l'utérus malgré la dilatation d'un peu plus de 5 francs seulement.

Version par manœuvres internes facile et extraction

sans lésions du col d'un fœtus vivant de 1.600 gr. Délivrance artificielle immédiate. La femme ne saigne pas.

Pouls 160. Spartéine 5 ctg.; huile camphrée 10 cc.

Dyspnée intense : 70 respirations à la minute.

On fait dans la soirée 250 cc. de sérum glucosé + adrénaline XX gouttes sous-cutanée. Nausées fréquentes.

Le pouls pendant toute la soirée se maintient à 130, assez bien frappé, 48 respirations par minute.

A 19 h. : La femme paraît mieux, plus calme; son pouls est régulier à 120. Mais à ce moment on aperçoit aux parties déclives des cuisses, aux endroits où elle a reçu des injections de sérum, de larges macules blanchâtres bordées de rouge.

Le calme ne dure pas. Pendant toute la nuit la femme est très agitée, elle est prise de vomissements bilieux presque incessants. Elle est subdélirante.

Le 17 décembre : Etat général de plus en plus mauvais.

Pouls moins bien frappé à 140.

60 respirations à la minute.

Les macules se sont étendues et recouvrent presque toutes les faces interne, postérieure et externe des cuisses; à leur surface on constate de larges phlyctènes remplies d'une sérosité brunâtre. Sérum glucosé en goutte à goutte rectal, 250 cc.

A 11 h. : Pouls 160. Respiration irrégulière.

A 12 h. : Pouls imperceptible à la radiale.

A 16 h. : La respiration se ralentit progressivement et la femme meurt à 16 h. 35.

Autopsie. — Aucune lésion macroscopique, sauf au niveau du foie et du rein gauche.

Foie : 2.030 gr., pâle, jaunâtre; son aspect rappelle un peu celui de la dégénérescence graisseuse.

Le rein gauche présente dans la région médullaire un kyste du volume d'une noisette dont la cavité est comblée

par une substance gélatineuse de coloration brunâtre ; un autre petit kyste (grain de plomb) à côté du premier.

Poids des principaux organes :

Poumons : 650 gr.

Cœur : 310 gr.

Foie : 2.030 gr.

Rate : 200 gr.

Reins : 380 gr.

Des coupes des différents viscères ont montré des lésions dégénératives du foie et du rein.

Le cerveau, le cervelet, la moelle, des fragments de nerfs et de muscles ont également été examinés histologiquement et cet examen a montré des altérations importantes.

1° LÉSIONS DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES (fragments prélevés au niveau des différents nerfs des membres supérieur et inférieur).

Désintégration de la myéline ; atrophie de la gaine ; fragmentation de la myéline.

2° LÉSIONS CENTRALES.

A) CORTEX. — α) *Lésions périvasculaires* : véritables manchettes périvasculaires d'origine lymphoïde et névroglique.

β) *Neuronophagie* dans la couche profonde de l'écorce.

B) MOELLE. — Lésions de tigrolyse à tous les niveaux sans topographie particulière.

Ganglions rachidiens normaux.

On n'a rien noté d'anormal du côté du placenta.

Le corps jauné : centre étoilé, au stade fibreux jeune avec suffusions sanguines.

Ovaire : ovisacs excessivement rares ; léger œdème du chorion.

Cette observation sera d'ailleurs publiée prochaine-

ment et les résultats des examens histologiques seront donnés d'une façon complète.

OBSERVATION X

Clinique Baudelocque.

Vomissements graves au 2^e mois. — Guérison sans intervention.

L..., 20 ans, femme de chambre.

Primipare. Pas de troubles gastriques antérieurs. Mais dit qu'elle vomissait facilement; notamment ne pouvait prendre le train sans vomir.

D. R. : 27 avril-4 mai.

Début des vomissements : 8 juin. Au début, muqueux et bilieux; peu fréquents, surtout le matin.

Le régime lacté n'améliore pas son état.

Depuis le 15 juin vomissements plus fréquents et plus abondants.

Depuis le 17 ne prend plus qu'un peu d'eau d'Evian, par doses fractionnées, une cuillerée à café toutes les 10 minutes. Vomit quand même.

27 juin : Admise à la clinique. Isolée dans une chambre.

Lavement évacuateur;

250 cc. sérum glucosé sous-cutané;

Adrénaline à 1/10000, XV gouttes; chloral en lavement, 3 gr.; diète hydrique.

Aspect très fatigué; facies émacié, cercle noir autour des yeux; elle paraît très amaigrie; ventre rétracté; douleur diffuse au creux épigastrique; langue saburrale.

T. A. 11-9. P. 110.

28 juin : Même traitement, plus sérum glucosé, 2 fois 250, en goutte à goutte rectal.

T. A. 12-7. Pouls 120.

Diète hydrique. Eau d'Evian.

29 juin : La nuit a été bonne, un seul vomissement.

T. A. 12,5-7,5. P. 110. T. 375. Urines 450.

30 juin : Même traitement. Un seul vomissement.
Urines 1 litre. P. 96. T. 37.

On fait prendre à la femme un peu de purée, qu'elle garde.

1^{er} juillet : La malade n'a plus la sensation permanente de nausée; elle vomit cependant encore une fois dans la nuit; une fois le matin à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau.

Traitement : eau; purée en 2 ou 3 fois le matin.

Urines 800.

Sérum glucosé rectal 250.

P. 90. Lavement de chloral, 3 gr. le soir.

Le soir une panade.

27 juillet : La malade n'a qu'une régurgitation d'eau, le matin. Même régime et traitement

Urines 750. P. 90.

3 juillet : P. 80. Température 37. Urines 1250.

La femme ne vomit plus. On essaie de lui faire prendre un peu de lait, mais elle le rend aussitôt.

Régime : purée le matin, panade le soir.

Même traitement.

4 juillet : La femme n'a pas vomi. Même régime et traitement.

P. 80. T. 37,4. Urines 1150.

5 juillet : P. 80. T. 37,3.

Urines 1050.

On remplace la panade par des légumes. Même traitement.

6 juillet : P. 80. T. 37. Urines 1200.

La femme n'a pas vomi depuis 3 jours; elle a bon

appétit. On lui donne une escalope de veau. Même traitement.

7 juillet : Régime ordinaire. Suppression du chloral. P. 84.

8 juillet : Régime ordinaire. On commence à faire lever la femme. P. 80.

Le 9 juillet elle quitte la clinique en bon état.

OBSERVATION XI

Clinique Baudelocque.

Vomissements graves au 3^e mois. — Guérison sans intervention.

M^{me} C..., H..., 33 ans, lingère, à sa quatrième gestation.

Les deux premières gestations : évolution normale, accouchements à terme, spontanés, d'enfants vivants.

La troisième gestation a été troublée par des vomissements assez abondants compliqués de ptyalisme. Mais s'est terminée par un accouchement à terme d'un enfant vivant.

Ces trois enfants sont morts : le premier de méningite, à 3 ans; le deuxième, de troubles gastro-intestinaux, à 8 mois; le troisième d'accident : brûlure.

Entre sa troisième et sa quatrième gestation, la femme a présenté quelques troubles gastriques de courte durée, qui ont coïncidé avec l'accident survenu à son dernier enfant, et qui ont complètement disparu par la suite.

Quatrième gestation actuelle : dernières règles du 26 novembre au 2 décembre 1922; apparition des vomissements au début de janvier 1923, d'emblée très fréquents.

Presqu'en même temps apparaissent de la sialorrhée et une douleur très accentuée au creux épigastrique. Les

vomissements muqueux et alimentaires ne tardent pas à devenir bilieux.

Le 3 février la femme entre à la clinique.

Son état général ne paraît pas inquiétant; douleur au creux épigastrique; sensation de brûlure dans la région rétro-sternale; une vingtaine de vomissements par 24 h.

Pouls 110. Temp. 37,5. T. A. (Pachon) 14 $\frac{1}{2}$ -8.

Elle est isolée dans une chambre et soumise au traitement suivant :

Glace sur la région épigastrique;

250 cc. de sérum glucosé sous-cutané;

Lavement évacuateur huilé;

Adrénaline à 1/1000, XV gouttes matin et soir en potion;

Lavements de chloral, 3 gr., matin et soir.

Aucune alimentation, sauf quelques cuillerées d'eau bicarbonatée.

Urines peu abondantes, 500 cc.; albumine 0 gr. 50 au tube d'Esbach.

Les jours suivants même traitement ; seulement le sérum sous-cutané est remplacé par un goutte à goutte rectal.

Le 5 février : La femme disant que sa sensation de brûlure était augmentée par l'ingestion de la potion à l'adrénaline on supprime cette dernière et on prescrit des paquets de kaolin. Les vomissements sont encore très abondants, et malgré le chloral la femme est encore très agitée.

A partir du 6 février : L'état général s'améliore ; la femme dort mieux la nuit ; vomissements moins fréquents. Le pouls tombe à 92. On ajoute à l'eau bicarbonatée un peu de bière qui est tolérée.

Le 8 février : Urines 1500. Pouls 80. Les vomissements ont cessé. Tout en continuant le même traitement on

tente la réalimentation : eau de Vichy, purée de pommes, champagne. La femme vomit une seule fois.

Le 9 février : La femme peut ingérer de la viande blanche. On supprime le chloral.

A partir de ce jour la femme ne vomit plus. Les urines restent abondantes. Le pouls à 75. L'albumine a disparu dans les urines.

L'état général est bon.

Le 12 février la femme quitte la clinique en excellent état.

OBSERVATION XII

Clinique Baudelocque. — Archives 1923-302 *bis*.

Môle vésiculaire. — Vomissements graves. — Avortement thérapeutique. — Guérison.

Femme de 28 ans, à sa troisième gestation.

Les deux premières gestations n'ont pas été troublées dans leur évolution et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme.

Dernières règles du 3 au 7 décembre.

Dès le mois de janvier sensation de fatigue et nausées.

Le 4 février la femme commence à vomir. Se sentant de plus en plus fatiguée elle s'alite. Vomissements rapidement très fréquents, en même temps qu'apparaît du subictère.

Dans le courant du mois de février pertes de sang à plusieurs reprises.

Son état général s'altère de plus en plus.

Le 28 février elle entre à la clinique.

Pouls 130. T. A. 13-8.

Subictère très marqué : conjonctive et téguments.

Vomissements peu abondants, 7 à 8 par jour. État général très mauvais.

Pertes de sang légères. Pas de contractions douloureuses.

Fond de l'utérus, au niveau de l'ombilic, au toucher, col long et fermé.

On institue le traitement : isolement ; lavement de chloral, 3 gr. matin et soir ; sérum glucosé en goutte à goutte rectal, 250 cc. matin et soir, une heure après le lavement de chloral.

Potion : XXX gouttes d'adrénaline à 1/1000 par 24 h.

Sous l'effet de ce traitement, les vomissements diminuent ; on peut même alimenter un peu la femme : purées, orange ; mais l'état général ne s'améliore pas. Le subictère ne s'atténue pas. Le pouls oscille aux environs de 110-120. La femme continue à perdre du sang.

Le 8 mars : M. le P^r Couvelaire examine la femme, et pose le diagnostic de môle vésiculaire, étant donné la hauteur utérine qui atteint l'ombilic, les dernières règles étant du 3 au 7 décembre ; utérus tendu, la femme ayant présenté depuis un mois des métrorragies. Enfin, étant donné que c'est une femme à la troisième gestation et n'ayant pas présenté de syndrome toxémique lors de ses gestations antérieures.

En raison de ce diagnostic et de la persistance de la tachycardie, M. Couvelaire décide de faire évacuer l'utérus.

Le 9 mars, à 14 h. : Après dilatation aux bougies de Hégar jusqu'au n° 19, M. Powilewicz met en place deux lamineaires n°s 30 et 26 et une mèche vaginale iodoformée.

Le 10 mars : Sous-anesthésie chloro-formique légère ; curage digital qui ramène 980 grammes de débris molaire.

Huile camphrée 10 cc. ;

Sérum glucosé, 300 cc., goutte à goutte rectal ;

Glace sur le ventre.

Après l'intervention : pouls 150, bien frappé.

Le 11 mars : P. 120.

Pouls aux environs de 110-120 encore pendant 3 jours, mais dès le 13 mars il descend progressivement. Le 17 mars à 80. En même temps les autres symptômes disparaissent. La femme ne vomit plus. Elle se réalimente. Le subictère disparaît.

Le 19 mars : Etat général satisfaisant.

Le 20 mars : La femme sort sur sa demande. A ce moment son état général est bon.

Utérus encore gros, remontant deux travers de doigt au-dessus du pubis. Col fermé. Les annexes gauches ne sont pas perceptibles. Les annexes droites ont la grosseur d'une noix.

Pendant tout son séjour à la clinique la température a oscillé entre 36°,5 et 37°,5.

OBSERVATION XIII

Clinique Baudeloque.

Vomissements graves, au 4^e mois. — Guérison sans intervention.

M^{me} B..., primipare, 32 ans.

Dernières règles du 20 au 23 novembre 1922.

Début des vomissements au commencement du mois de janvier, prenant rapidement le caractère de vomissements graves.

Dès le début de février la malade très affaiblie s'alite. Malgré le repos au lit — et la diète hydrique — les vomissements persistent. L'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 1^{er} mars la femme entre à la clinique.

Etat général très mauvais; traits tirés, joues creuses,

yeux cernés. État de prostration très accentué. Léger subictère des conjonctives.

Pouls à 120. Température 37°,5.

Tension artérielle au Pachon, maxima : 11; minima imprenable.

Vomissements incessants.

Examen obstétrical : utérus complètement basculé vers la gauche, dépassant le pubis de trois travers de doigt.

Au toucher : masse occupant le cul-de-sac de Douglas et filant vers la droite : utérus en rétroversion avec fibrome de la paroi postérieure.

Dès son entrée la femme est isolée.

Le soir même on fait à la femme 5 cc. d'huile camphrée et du sérum glucosé sous-cutané, 300 cc. On lui donne un lavement de chloral, 3 gr.

La nuit, malgré cela, est mauvaise; vomissements fréquents.

Etant donné la gravité de l'état général, M. Couvelaire envisage l'éventualité d'une interruption de la gestation, mais prescrit avant de prendre une décision à ce sujet de remonter la malade par du sérum glucosé et de l'huile camphrée tout en la soumettant aux lavements de chloral (3 grammes).

Huile camphrée, 2 fois 4 cc.

Sérum glucosé, sous-cutané, 300 cc.

Le 3 mars : Pouls 108, mieux frappé. Tension artérielle au Pachon 12-8. Urines 1000 cc.

La femme se sent mieux. La nuit a été calme. La femme n'a vomi qu'à son réveil.

Devant cette amélioration, le taux plus élevé des urines, l'augmentation de la tension artérielle, M. le P^r Couvelaire décide de temporiser et de continuer le traitement psychothérapique par le chloral à haute dose et prescrit : sérum glucosé en goutte à goutte rectal, 500 gr., et lavement de chloral matin et soir, 5 gr.

Les deux jours suivants, sous l'influence de ce traitement, amélioration légère. La femme peut ingérer de l'eau glacée sans vomir.

Urines 1.000 gr. T. A. 12-8. Pouls entre 100 et 110.

Le 5 mars : Pouls 96. T. A. 13,5-9.

On tente de réalimenter la femme; on lui donne une purée de pommes de terre qu'elle rend presque aussitôt.

On la remet à la diète hydrique, en lui permettant de sucer du jus d'orange, et on continue le traitement chloral et sérum glucosé en goutte à goutte.

Les nuits sont très calmes; la femme dort toute la nuit. Le matin au réveil seulement elle a quelques vomissements glaireux et bilieux.

Le 7 mars : Pouls 90. Etat général meilleur.

Encore un vomissement le matin au réveil.

Dans la journée elle peut ingérer sans vomir trois portions de purée de haricots et de l'orange.

Les jours suivants on continue le même traitement et on alimente la femme avec des purées et des panades. Elle ne vomit plus.

Son pouls descend progressivement à 80. Son état général s'améliore chaque jour davantage; son facies est complètement transformé.

Le 15 mars on supprime les lavements de chloral, mais pour ne pas s'exposer à une récurrence du fait de l'état névropathique de cette femme, on continue à lui donner des lavements de lait pendant quelques jours.

Le 21 mars : Régime normal; elle ne vomit plus depuis plus de 10 jours. Pouls 80. Température 37,5.

Son utérus s'est développé dans la cavité abdominale; le fond est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; par le toucher on sent toujours la même masse

dure et douloureuse dans le cul-de-sac de Douglas, masse qui est vraisemblablement un fibrome utérin.

Le 25 mars la femme rentre chez elle en bon état.

Depuis elle est venue consulter à la clinique; la gestation continue d'évoluer; elle n'a plus jamais vomi.

RÉSUMÉ

13 cas. 1919-1923.	8 fois interrup- tion artificielle de la gestation.	Pouls > 100 = 8	5 guérisons. 1 améliora- tion. 2 morts.
		Pouls < 100 = 0	
	5 fois pas d'in- tervention.	Pouls > 100 = 3	Dans les 5 cas la gestation pour- suivi son évo- lution.
		Pouls < 100 = 2	

D'après ce tableau nous voyons que, pendant cette période, la mortalité a été de 2 pour 13 cas. Mais dans ces deux cas la mort est due à une expectation trop prolongée. Dans l'observation IX, la femme présentait une polynévrite qui évoluait depuis 3 semaines.

Sur ces 13 cas, 7 furent traités par le chloral à haute dose et dans 6 d'entre eux le pouls avait dépassé 100. On obtint 4 guérisons avec persistance de l'évolution de la gestation. Mais si on considère que sur ces 7 cas, un cas présentait une môle et que l'indication d'intervention vint plutôt de ce diagnostic, il reste en réalité 6 cas avec 4 guérisons sans avortement.

Mais ce traitement n'a été appliqué à la clinique que depuis 1922 et si on compare les chiffres sus-mentionnés à ceux qui correspondent à la période de 1903 à 1919, on est frappé de la diminution du nombre des interruptions artificielles de la gestation, et si on rapproche de ces chiffres ceux des avortements dans les

cas traités par le chloral, on note une diminution considérable du nombre de ces interventions.

Et nous sommes persuadés que ce pourcentage d'interruption de la gestation pourrait encore diminuer si le traitement était institué assez tôt et d'une façon suffisamment énergique, associé au traitement antitoxique et à l'isolement.

Direction générale du Traitement

Nous avons passé en revue les principales méthodes du traitement médical des vomissements graves de la gestation. En fait, aucune de ces méthodes n'est employée isolément et le traitement des vomissements graves de la gestation est constitué par la combinaison de certaines d'entre elles.

A la Clinique Baudelocque, le traitement institué vise :

- 1° A agir sur l'état psychique par l'isolement et la production d'un état de somnolence chloralique;
- 2° A mettre temporairement l'estomac au repos;
- 3° A lutter contre l'asthénie par l'huile camphrée et l'adrénaline.

Voici comment ces indications sont remplies :

La femme est mise au calme le plus absolu : isolée dans une chambre et séparée de son milieu par la suppression de toute visite, une infirmière est spécialement chargée de s'occuper d'elle.

Etant donné que ce sont des femmes qui ont pris l'habitude de vomir, tout ce qui peut entretenir leur idée de vomissements est banni de la chambre : sup-

pression des cuvettes; la femme est obligée de vomir sur son lit dans des alèzes et sans que l'infirmière soit autorisée à lui porter secours au moment de ses vomissements.

Dès son entrée, la femme reçoit un lavement évacuateur et, dès qu'elle l'a rendu, un lavement de chloral de 3 gr. qui est renouvelé matin et soir les jours suivants.

On procède également à la réhydratation de l'organisme par des injections sous-cutanées et par un goutte à goutte rectal de sérum glucosé à 50 p. 1.000, 500 gr. au moins par 24 heures.

En outre, ces femmes étant très asthéniques et en état d'hypotension, on leur donne de l'adrénaline, soit en potion XV gouttes de la solution d'adrénaline à 1/1.000 matin et soir, soit associée au goutte à goutte rectal X gouttes matin et soir.

L'estomac est mis au repos presque absolu, la femme n'ingérant que quelques cuillerées à café d'eau de Vichy. Progressivement la quantité d'eau de Vichy est augmentée, puis on ajoute du lait, quelquefois même on passe d'emblée de la diète hydrique aux purées et aux panades, suivant la tolérance gastrique.

Dès que l'estomac est tolérant, on supprime le lavement de chloral et on poursuit la réalimentation très progressivement.

De cette façon on voit le plus souvent les phénomènes morbides s'atténuer, les vomissements disparaître et la gestation se poursuivre, et cela même dans des cas en apparence très graves, avec amaigrissement

extrême, tachycardie permanente, subictère, ptialisme
(Obs. VIII, X, XI, XIII). /

En cas d'échec de cette thérapeutique, on sera amené
à pratiquer l'avortement thérapeutique.

Manuel opératoire de l'avortement thérapeutique

Le manuel opératoire est différent suivant l'état de la femme et suivant l'âge de la gestation.

Dans les 4 premiers mois de la gestation, si l'état de la femme n'impose pas une évacuation immédiate de l'utérus, le procédé de choix nous paraît être celui qui consiste à mettre en place, dans le col, des lamineaires qui dilateront progressivement l'orifice cervical. On a intérêt à faire une dilatation préliminaire avec des bougies métalliques fines, de façon à placer d'emblée une grosse laminaire. La dilatation pourra être complétée, si c'est nécessaire, avec les bougies de Hégar, de façon à permettre de pratiquer un curage digital.

Si l'état de la femme impose une évacuation immédiate de l'utérus, nous croyons qu'il est préférable de faire la dilatation du col directement aux bougies de Hégar.

Dans les derniers mois de la gestation, fait tout à fait exceptionnel, après une dilatation aux bougies, le procédé de choix consisterait à placer dans l'utérus un ballon incompressible de Champetier de Ribes qui

déclanchera le travail et dont l'expulsion sera suivie de celle du fœtus, ou de son extraction.

Dans le cas, qui ne s'est jamais présenté dans la série d'observations que nous publions, où une intervention immédiate serait indiquée, on pourrait sous rachianesthésie vider l'utérus par hystérotomie vaginale. Cette éventualité nous paraît tout à fait exceptionnelle.

Nous croyons que toute anesthésie, générale est contre-indiquée, étant donné l'état d'intoxication dans lequel se trouvent ces femmes.

Une fois l'utérus vidé, il y a lieu de continuer encore pendant un temps plus ou moins long, suivant les cas, le traitement général qui avait été institué avant l'intervention : régime hydrique, sérum glucosé, adrénaline. L'alimentation ne devra être reprise que très progressivement. D'une manière générale, les vomissements cessent dès le lendemain où le surlendemain de l'évacuation de l'utérus. Le pouls peut rester accéléré encore pendant quelques jours, pour ne devenir normal qu'au bout de 10 à 15 jours et quelquefois davantage.

CONCLUSIONS

1° L'interruption de la gestation constitue le traitement réellement spécifique des vomissements graves de la gestation.

2° L'avortement thérapeutique ne sera pratiqué que sur une indication précise tirée de l'ensemble des symptômes. L'asthénie profonde, la tachycardie permanente, le subictère, l'état d'acidose, l'apparition d'une polynévrite constituent les éléments capitaux du pronostic. Leur persistance et leur aggravation, en dépit d'un traitement médical bien conduit, constituent l'indication formelle de l'avortement thérapeutique.

3° L'utilisation précoce de la psychothérapie appuyée par l'état de somnolence chloralique, associée à l'emploi du sérum glucosé, avec mise au repos temporaire de l'estomac, permet dans beaucoup de cas de lutter efficacement contre les effets de l' inanition en rendant possible la reprise de l'alimentation.

Vu: Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

Vu :

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDERODIAS. — Vomissements de la grossesse. (*Journal Médical Français*, 1912, p. 29-37.)
- BAUDOUIN. — Médication adrénalique des vomissements graves de la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- BELOUX. — De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves, dits incoercibles de la grossesse, et de leur traitement par la psychothérapie. (*Thèse de Paris*, 1913.)
- BOISSARD. — *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1906, p. 609.
- BONNAMOUR. — Vomissements de la grossesse traités et guéris par des injections de sérum glucosé. (*Lyon Médical*, 1914.)
- BRUNON et JEANNE. — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par la jéjunostomie. (*Bulletin Médical*, 1906, p. 637.)
- CABART-DANNEVILLE. — L'entraînement respiratoire spirosopique dans les vomissements graves incoercibles de la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1919.)
- CONDAMIN. — Traitement des vomissements incoercibles. (*Lyon Médical*, 1902, page 145.)
- COPEMAN DE NORWICH. — *British Medical and Surgical Journal*, 1875-1878.
- DANTIN. — Contribution à l'étude de la sérothérapie dans

les vomissements graves de la grossesse et les dermatoses gravidotoxiques. (*Thèse de Bordeaux*, 1913.)

DEVRAIGNE. — Contribution à l'étude du sang dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*L'Obstétrique*, mai 1909, page 313.)

FIEUX. — Un cas de vomissements incoercibles heureusement traité par la méthode de Copeman (*Gazette hebdomadaire des Sociétés Médicales de Bordeaux*, 1906.)

— Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1910, p. 743.)

— Sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation. (*Société d'Obstétrique de France*, octobre 1912.)

FIEUX et MAURIAC. — De la possibilité d'une toxémie vileuse et d'un séro-diagnostic de la grossesse dans les premiers mois de la gestation. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, février 1910, p. 65.)

GARNETT. — Nouvelle méthode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*American Journal of Obstetric*, août 1917.)

J. HEUROTAY. — Un nouveau traitement des vomissements incoercibles. (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, Paris 1922, page 226.)

HERGOTT. — Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1913, p. 65.)

LACOURBAS. — Contribution à l'étude du traitement des vomissements incoercibles de la gestation par les extraits du corps jaune. *Thèse de Paris*, 1919.

LE LORIER. — L'uro-diagnostic et l'uro-diagnostic des vomissements graves de la gestation par le perchlorure de fer. *Réunion de la Société de Biologie*, 16 mars 1912, p. 443.)

- *Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1913, p. 248.
- LEQUEUX. — Recherche du pouvoir glycolytique de la femme enceinte, atteinte de vomissements incoercibles. (*L'Obstétrique*, mai 1910.)
- METTEY. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1903-1904.)
- OUL. — Sérothérapie des vomissements de la grossesse. (*Clinique*, Bruxelles, 1914, p. 97.)
- PÉRILLAT. — Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse (étude de statistique et clinique). *Thèse de Paris*, 1909.
- PIERRHUGUES. — Etude critique sur les vomissements de la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- PINARD. — Des vomissements de la gestation. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1909, p. 385-449-527.)
- RATHERY et BORDET. — Vomissements incoercibles de la grossesse et médication adrénalique. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1920, p. 778-784.)
- RATHERY. — L'adrénaline dans les vomissements incoercibles de la grossesse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 8 mai 1922, page 215.)
- SERGET. — Insuffisance surrénale en chirurgie et obstétrique. (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 10 septembre 1912.)
- SERGET et LIAN. — Du rôle de l'insuffisance surrénale et les vomissements gravidiques. (*Presse Médicale*, 1912.)
- SÉVERAC-RAÏTSS. — Arrêt des vomissements incoercibles par la dilatation du col de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1907.)
- SPIES. — Vomissements graves de la grossesse et sérothérapie. (*Clinique*, Bruxelles, 1914.)
- VIANNAY. — Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traité par la transfusion directe du sang de femme enceinte. (*Journal de Médecine de Paris*, 1913.)

VIGNES. — Comment faut-il traiter et alimenter une femme à la première période des vomissements graves observés lors d'une gestation. (*Revue générale de Clinique et Thérapeutique*, Paris 1919, p. 29.)

WALLICH. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1909, p. 193.)

Société d'Obstétrique et Gynécologie. Compte rendu des séances de la. — (*Presse Médicale*, 1922, n° 15, p. 163; n° 27, p. 295; n° 44, p. 479.)

